

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

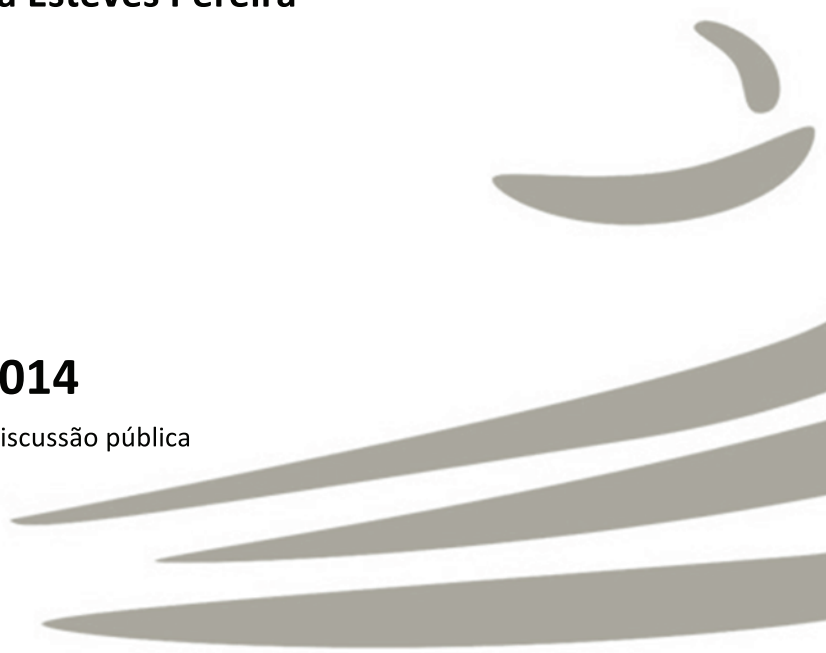
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

A Linguagem Clínica convocada pelos enfermeiros nas Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental da Infância e Adolescência

Ana Margarida Esteves Pereira

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

A Linguagem Clínica convocada pelos enfermeiros nas Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental da Infância e Adolescência

Ana Margarida Esteves Pereira

António Jorge Soares Antunes Nabais

2014

“[Peplau] perguntou qual a coisa mais importante que uma enfermeira podia fazer por um doente. Ele [professor] respondeu “Sentar-se à cabeceira do doente, e tentar compreendê-lo”.”

(Callaway, 2013, p.41)

Agradecimentos

Durante a realização deste trabalho foram várias as pessoas que me acompanharam. Cada uma foi, à sua maneira, inspiradora, ajudando-me a viver este processo com maior intensidade.

Ao João, por estar sempre comigo, por ter **disponibilizado a sua presença** mais uma vez... pela sua **compreensão**... pela sua paciência, pelo seu colo, pelo mimo... e também pelos momentos de **distração** e fuga!

Aos meus pais, por estarem sempre **presentes**... sempre, sempre... **disponíveis para cuidar**... para **assistir**... para **apoiar**... para mimar. À minha restante família... irmão, avós, tios, primos, afilhada, “sogros”, “cunhados”, pelos bons momentos em família... pela força, pela união, pelo **conforto**, pela **segurança**.

Aos amigos, a todos os amigos, aos de “décadas” atrás (à Nádia, à Cátia e à Rita), aos da Pedopsiquiatria, aos da Diálise, aos “artistas”... por me **promoverem** horas de diversão... também pelas **distrações** e fugas... pelos repetidos bons momentos.

Às minhas colegas e amigas... à Lurdes, pela “coorientação” e **disponibilidade**, à Susana, pela **escuta** e **incondicional aceitação**, à Luciana, pelo carinho e **abraços**, à Cláudia, pelo desafio e **força**, à Manuela, pelo **cuidado** e atenção... e a todas pela companhia e compreensão... pelo **apoio**.

À Vanessa, a minha grande companheira em mais uma «viagem académica»... pela **compreensão**, pelo companheirismo, pela persistência, pela perseverança, pela sua honestidade... também pelas “escapadelas”, pelas **conversas**, pela inspiração, pelas fugas, pela distração...

Ao enfermeiro António Nabais pelo constante desafio, pela **escuta** nas horas de maior aperto... pelos conselhos... pela **compreensão**, pela **aceitação**... Ao Ricardo pela experiência...

Ao grupo da CIPE[®] pelas aprendizagens, pelas partilhas, pelo desafio... Nomeadamente à Mónica pelos **ensinamentos**, pela sabedoria, pelo **apoio** e pela **disponibilidade**, e à Carmo, pelo entusiasmo e persistência.

Aos enfermeiros Conceição Osório, Renato Pinto e Lara Lemos da ULS de Matosinhos pela grande **disponibilidade** demonstrada, pela **compreensão**, pela **empatia**...

Às crianças que acompanhei, pela **relação**, por me ajudarem a desenvolver, a autoconhecer...

A todos, mesmo todos... o meu maior OBRIGADA por cuidarem de mim... sou um pouco de todos vós.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

| | |
|-------------------|---|
| ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde |
| AD | Análise Documental |
| AT | Atividade Terapêutica |
| CDE | Código Deontológico do Enfermeiro |
| CHLC | Centro Hospitalar de Lisboa Central |
| CIE | Conselho Internacional de Enfermeiras |
| CIPE [®] | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [®] |
| CMESMP | Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria |
| ECG | Enfermeiro de Cuidados Gerais |
| EESM | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental |
| ESEL | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa |
| GF | Grupo Focal |
| SGICM | Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento |
| IE | Intervenção de Enfermagem |
| LE | Licença de Ensaio |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| PC | Processo Clínico |
| PQCE | Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem |
| RCEESM | Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental |
| RE | Registo de Enfermagem |
| RT | Relação Terapêutica |
| SAPE [®] | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [®] |
| SIE | Sistema de Informação em Enfermagem |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SMIA | Saúde Mental da Infância e Adolescência |
| UIPIA | Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência |
| ULS | Unidade Local de Saúde |
| UR | Unidade de registo |

RESUMO

Este relatório foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na sequência de dois estágios (hospitalar e comunitário), com o objetivo de promover o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, na prestação de cuidados à criança e sua família acompanhada em pedopsiquiatria.

Durante o estágio hospitalar foi desenvolvido um estudo qualitativo, do tipo descritivo/estudo de caso cuja finalidade foi conceptualizar e identificar as intervenções de enfermagem (IE) numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA). A população foram os 16 enfermeiros que trabalhavam na UIPIA, do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, em Setembro de 2012 e mobilizaram-se dois instrumentos de colheita de dados: o Grupo Focal e a Análise Documental dos diários e notas de alta de enfermagem. Os dados obtidos foram analisados segundo Bardin e a partir de categorias definidas *a priori* – os quatro conceitos do metaparadigma em enfermagem e a classificação das ações de enfermagem, segundo a linguagem CIPE®.

Alicerçada na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, foi identificada a relação terapêutica (RT) como o cerne da IE na UIPIA. A RT é considerada pela população como um processo interpessoal, em que cliente e enfermeiro beneficiam da interação e durante a qual estão presentes fenómenos de que o enfermeiro deve estar consciente. A *Milieu* Terapia apresenta-se como um método de trabalho privilegiado na UIPIA, onde as crianças estabelecem uma interação entre elas e com todos os profissionais de saúde, recorrendo frequentemente a mediadores da relação, que vão para além da palavra e do discurso oral. As atividades terapêuticas, predominantemente em grupo, permitem às crianças e profissionais estar em interação permanente. As IE identificadas eram maioritariamente de natureza autónoma, sobretudo quando comparada com outras unidades de cuidados. Os enfermeiros revelaram ainda dificuldade em nomear as IE, registando-as implicitamente nos diários de enfermagem, que são profundamente descritivos da situação da criança.

Palavras-chave: Intervenção de Enfermagem; Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência; CIPE®; Hildegard Peplau; Relação Terapêutica.

ABSTRACT

This report was developed during the Master in Nursing Program, with specialization in Psychiatric & Mental Health Nursing, after fulfilling two hospital and community internships. This report aimed to promote the development and consolidation of specific competencies of a Nurse Specialist to provide care to children and families followed in Child and Adolescent Mental Health services.

Throughout the hospital internship, a qualitative descriptive case study was developed. The goal of this study was to conceptualize and identify the Nursing Interventions (NI) carried out in a Child and Adolescent Mental Health Inpatient Unit (CAMHIU). The population studied was the 16 nurses working at the CAMHIU, no Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, in September 2012. Two instruments for collecting data were used: Focus Group and Document Analysis of nursing reports. The collected data was then analyzed according to Bardin and to previously defined categories — the nursing's four metaparadigm concepts and the classification of the nursing actions according to the ICNP[®].

Based on Peplau's Theory of Interpersonal Relations, the main NI identified on the CAMHIU was the Therapeutic Relationship (TR). The TR is regarded by the population as an interpersonal process in which client and nurse benefit from interacting and during which occur phenomenon that nurses should be aware of. *Milieu* Therapy presents itself as a prime method of working in the CAMHIU, where children interact among them and with every healthcare professional, often using relationship intermediaries beyond words and oral speech. The Therapeutic Activities, predominantly done in groups, allow children and professionals to permanently interact. The NI identified were mainly autonomous, unlike most of the healthcare units. Nurses also revealed difficulties on naming their Interventions, registering them implicitly on daily nursing reports, which are profoundly descriptive of the child status.

Keywords: Nursing Interventions; Child and Adolescent Mental Health Inpatient Unit; ICNP[®]; Hildegard Peplau; Therapeutic Relationship.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| 1. PROBLEMÁTICA | 19 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 23 |
| 2.1. Conceptualização da prática de enfermagem | 23 |
| 2.2. Escolas de Pensamento..... | 26 |
| 2.3. Processo de Enfermagem | 29 |
| 2.3.1. Intervenções de Enfermagem | 30 |
| 2.4. Documentação dos cuidados de enfermagem | 32 |
| 2.4.1. Linguagem CIPE® | 33 |
| 2.4.2. Sistemas de Informação em Enfermagem | 35 |
| 3. ÁREA CLÍNICA | 37 |
| 3.1. Estágio Hospitalar – UIPIA..... | 37 |
| 3.1.1. Estudo de Investigação | 37 |
| 3.1.1.1. Finalidade e objetivos | 37 |
| 3.1.1.2. Metodologia | 39 |
| 3.1.1.2.1. Abordagem e tipo de estudo | 39 |
| 3.1.1.2.2. População e amostra | 40 |
| 3.1.1.2.3. Instrumentos de colheita de dados | 42 |
| 3.1.1.2.3.1. Grupo Focal | 42 |
| 3.1.1.2.3.2. Análise Documental | 43 |
| 3.1.1.2.4. Análise dos dados | 44 |
| 3.1.1.3. Resultados | 45 |
| 3.1.1.3.1. Apresentação e discussão dos resultados do Grupo Focal..... | 45 |
| 3.1.1.3.1.1. Dimensão I: Pessoa..... | 45 |
| 3.1.1.3.1.2. Dimensão II: Saúde | 47 |
| 3.1.1.3.1.3. Dimensão III: Ambiente | 50 |
| 3.1.1.3.1.4. Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem | 51 |
| 3.1.1.3.2. Conclusões do Grupo Focal – Modelo Conceptual | 73 |
| 3.1.1.3.3. Apresentação e discussão dos resultados da Análise Documental | 78 |
| 3.1.1.3.3.1. Intervenções de Enfermagem Autónomas | 79 |
| 3.1.1.3.3.1.1. Intervenções de Enfermagem Autónomas em resposta a um fenómeno de enfermagem | 79 |
| 3.1.1.3.3.1.1.1. Observar | 80 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.1.3.3.1.1.2. Gerir | 89 |
| 3.1.1.3.3.1.1.3. Executar..... | 91 |
| 3.1.1.3.3.1.1.4. Atender | 92 |
| 3.1.1.3.3.1.1.5. Informar..... | 96 |
| 3.1.1.3.3.1.2. Intervenções de Enfermagem Autónomas associados a atividades terapêuticas | 97 |
| 3.1.1.3.3.2. Intervenções de Enfermagem Interdependentes | 102 |
| 3.1.1.3.3.3. Intervenções de Enfermagem de cariz organizacional | 103 |
| 3.1.1.3.3.4. Outros dados das Intervenções de Enfermagem..... | 105 |
| 3.1.1.4. Discussão dos resultados do Grupo Focal e da Análise Documental | 107 |
| 3.1.2. Prática clínica desenvolvida | 111 |
| 3.2. Estágio em Contexto Comunitário – Clínica do Parque..... | 127 |
| 4. QUESTÕES ÉTICAS | 133 |
| 5. CONCLUSÃO | 135 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 137 |

APÊNDICES (Apenas disponível na versão pdf, no cd-rom anexo ao trabalho)

Apêndice 1 – Grupo Focal – Tópicos a abordar

Apêndice 2 – Grupo Focal – Transcrição

Apêndice 3 – Grupo Focal – Análise de Conteúdo

Apêndice 4 – Grupo Focal – Tabela dos resultados

Apêndice 5 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Autónomas / Fenómeno de Enfermagem

Apêndice 6 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Autónomas / Atividades Terapêuticas

Apêndice 7 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Interdependentes

Apêndice 8 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem de cariz organizacional

Apêndice 9 – Análise Documental – Análise de Conteúdo dos Outros dados das Intervenções de Enfermagem

ANEXOS (Apenas disponível na versão pdf, no cd-rom anexo ao trabalho)

Anexo 1 – Protocolo Clínico: Plano Terapêutico por Etapas

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Escolas de Pensamento / Principais teóricas de Enfermagem / Orientação | 26 |
| Quadro 2 – AD // Caracterização das crianças relativas aos PC analisados..... | 41 |
| Quadro 3 – GF / Dimensão I: Pessoa | 45 |
| Quadro 4 – GF / Dimensão II: Saúde | 47 |
| Quadro 5 – GF / Dimensão III: Ambiente | 50 |
| Quadro 6 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Processo de Enfermagem | 52 |
| Quadro 7 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação | 58 |
| Quadro 8 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Fenómenos da Relação Terapêutica | 60 |
| Quadro 9 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Gestão de Cuidados | 65 |
| Quadro 10 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Desenvolvimento Profissional | 68 |
| Quadro 11 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Ética e Deontologia Profissional | 70 |
| Quadro 12 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Continuidade dos Cuidados.... | 71 |
| Quadro 13 – AD // Análise de Conteúdo IE..... | 78 |
| Quadro 14 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem..... | 79 |
| Quadro 15 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Avaliar | 81 |
| Quadro 16 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Supervisionar..... | 85 |
| Quadro 17 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Vigiar..... | 87 |
| Quadro 18 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Gerir..... | 90 |
| Quadro 19 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Executar | 91 |
| Quadro 20 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Atender | 93 |
| Quadro 21 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Informar | 96 |
| Quadro 22 – AD // IE Autónomas / Atividades Terapêuticas | 97 |
| Quadro 23 – AD // IE Interdependentes | 102 |
| Quadro 24 – AD // IE de cariz organizacional | 104 |
| Quadro 25 – AD // Outros dados das IE..... | 105 |
| Quadro 26 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Sandra | 122 |
| Quadro 27 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Filipa | 127 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CMESMP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), cuja finalidade é a sua discussão pública para obtenção do grau de mestre.

A elaboração do relatório prevê que o estudante reforce e desenvolva as suas “(...) capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema” (Regulamento dos Cursos de Mestrado, ESEL, 2011, p.4). A realização dos estágios, em contexto comunitário e de internamento, oferecem ao estudante uma experiência formativa, onde o estudante pode, não só desenvolver competências clínicas como ainda investir na formação e investigação na sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010; OE, 2011a).

O processo de reflexão, em torno daquela que seria a área de intervenção e desenvolvimento de conhecimentos, foi exaustivo e rigoroso, partindo daquelas que senti serem as necessidades da unidade de cuidados onde exerço as minhas funções desde Abril de 2009: UIPIA, que integra a Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência¹, do Hospital Dona Estefânia, do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Entidade Pública Empresarial.

Integrado no estágio hospitalar, foi desenvolvido um estudo de investigação. A investigação realizada integra uma abordagem qualitativa e um estudo do tipo descritivo/ estudo-caso que visa identificar o modelo conceptual de enfermagem inerente à prestação de cuidados de enfermagem e as IE desenvolvidas na UIPIA, com vista à compreensão e conceptualização da prática clínica de enfermagem nesta unidade. Esta investigação revelou-se fundamental para a construção e definição do Padrão de Documentação em linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPÉ®), pelo grupo de enfermeiros responsáveis pela parametrização da área de intervenção pediátrica, nomeadamente para a UIPIA, do CHLC. Um investimento na definição dos conceitos do metaparadigma ajudará a favorecer a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados, o que terá impactos positivos sobre a

¹ Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência - Composta por cinco equipas de ambulatório: três Equipas Sectoriais (Clínica do Parque – com Hospital de Dia da Infância, Clínica da Encarnação, Equipa da Lapa) e duas Equipas Especializadas, em termos de idades (Unidade da Primeira Infância com atendimento dos zero aos cinco anos e Clínica da Juventude com atendimento de adolescentes dos 13 aos 18 anos, com Hospital de Dia da Adolescência). Fazem ainda parte a Unidade de Internamento, que tem integrada a consulta de ligação (destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do HDE e à consulta externa dos serviços pediátricos). A Área de Pedopsiquiatria assegura ainda um serviço de urgência interna e externa, 24h por dia. (Almeida, Ferreira & Nabais, 2010).

gestão de cuidados e investigação (Mota, 2010; Lessa, Pinha, Silva, Teixeira & Castelo Branco, n.d.), favorecendo com isso a melhoria dos cuidados prestados nesta área complexa de cuidados (Coimbra de Matos, 2012; Watson, 2006).

A componente prática do estágio hospitalar teve como objetivo o desenvolvimento de competências clínicas, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEESM) (OE, 2010), para obtenção do grau de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM), através da prestação de cuidados à criança² e sua família em situação de crise. Durante esse período, com intuito de aprofundar a capacidade de reflexão crítica quanto à prestação de cuidados, fui enfermeira responsável de duas crianças internadas na UIPIA, tendo refletido por escrito sobre a minha intervenção.

O estágio em contexto comunitário, em complementaridade com o estágio hospitalar, previu igualmente o desenvolvimento de competências específicas do EESM, no âmbito da prestação de cuidados psicoterapêuticos e socioterapêuticos, a grupos terapêuticos inseridos na comunidade, tendo da mesma forma refletido por escrito sobre o vivido durante esse período.

O relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro e segundo capítulo são apresentadas, respetivamente, a problemática e o enquadramento teórico, que suportam o estudo de investigação desenvolvido. O terceiro capítulo – Área Clínica, compreende a reflexão sobre os dois estágios realizados, dividindo-se em dois subcapítulos denominados Estágio Hospitalar e Estágio Comunitário. No subcapítulo Estágio Hospitalar está incluído o estudo de investigação desenvolvido, designadamente, as finalidades e objetivos, metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusões do estudo. No final é apresentada a conclusão da realização do relatório, englobando os aspetos relacionados com o estudo de investigação e com os estágios desenvolvidos.

² Ao longo do trabalho, recorre-se ao termo «criança» como a pessoa entre os 0 aos 18 anos.

1. PROBLEMÁTICA

A Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) constitui-se como uma área de cuidados particular, uma especialidade “(...) tanto da saúde mental como da pediatria (trad. do autor)” (Watson, 2006, p. 30), que se define como “(...) uma ciência complexa e uma arte refinada; como complexos e subtis são os sistemas vivos e criadores com que lidamos – a criança (...) e a família” (Coimbra de Matos, 2012, p. 208).

Esta complexidade da SMIA torna-a singular, capaz de albergar vários conceitos e de suportar o desenvolvimento de um leque alargado de intervenções para a resolução dos diversos problemas identificados. Associada a esta maior heterogeneidade, o instrumento terapêutico de cuidados de enfermagem em SMIA é o próprio enfermeiro, o que resulta numa maior subjetividade do cuidado (Coimbra de Matos, 2012). A Psiquiatria da Infância e Adolescência desenvolve-se na relação entre duas entidades, criança/família e o terapeuta, por si só portadores de características específicas e de uma permeabilidade quando em interação com o outro, defendendo que se deverá “saber esperar” pelas capacidades da pessoa para a resolução dos seus próprios problemas e ter em conta que no cuidado à pessoa, o terapeuta transporta sempre algum grau de subjetividade, que se não consciente pode prejudicar a resposta desejada e adaptada ao cliente (Coimbra de Matos, 2012). “A distorção subjetiva dos informes e a deturpação interpretativa do seu(s) significado(s) aparecem frequentemente como efeitos perversos da equação pessoal do [terapeuta] (...) e/ou do paradigma científico que o orienta e o modelo teórico que utiliza” (Coimbra de Matos, 2012, p. 208). Como estratégias para moderar a subjetividade da intervenção, o psiquiatra sugere três estratégias a desenvolver pela equipa de cuidados, sendo elas o “desenvolvimento do auto-conhecimento (...), a supervisão do trabalho e (...) a discussão em grupo” (Coimbra de Matos, 2012, p. 208).

“Todos nós temos uma imagem pessoal (conceito) da prática de enfermagem. Por sua vez, esta imagem influencia a nossa interpretação dos dados, das nossas decisões e das nossas acções” (Reilly’s, 1975, citado por Fawcett, 1995, p.5). Talvez por esta razão, tenha percebido, aquando da minha prática clínica, que cada enfermeiro tende a definir e descrever de forma diferente a IE que desenvolve, necessitando de a explicitar totalmente quando a leva a cabo, pois só assim sente que esta se torna mais clara e consegue, então, promover a continuidade dos cuidados prestados. “Mas pode uma disciplina continuar a desenvolver-se quando os seus membros detêm muitas imagens pessoais diferentes?” (Fawcett, 1995, p.5). Esta maior difi-

cuidade dos enfermeiros na explicitação das IE desenvolvidas resulta nomeadamente, em passagens de turno morosas e registos de enfermagem (RE) exaustivos e extensos. Realizados de forma mais sistematizada, podem ajudar a reduzir o risco de perda de informação determinante e fundamental, que garanta a continuidade de cuidados.

as propostas dos modelos conceptuais sobre a prática fazem-nos ter consciência dessas imagens pessoais, a fim de podermos começar a identificar aspectos comuns nas nossas percepções da natureza da prática e movermo-nos em direcção à evolução de um conceito bem definido (Fawcett, 1995, p.5).

A definição comum dos conceitos pode traduzir-se num maior rigor na mobilização da linguagem clínica em saúde mental, o que resultaria em menos tempo despendido na documentação e que, consequentemente permitiria ter mais tempo disponível para cuidar das crianças e famílias. Essa maior disponibilidade para os cuidados diretos ao cliente constitui um investimento na otimização da gestão, já que promove a concretização das intervenções clínicas planeadas e, consequentemente, a avaliação da eficácia dos cuidados desenvolvidos (Mota, 2010; Lessa et al., n.d.). Para além do descrito, a uniformização da linguagem clínica poderá ainda favorecer a produção de documentação sobre os cuidados e, consequentemente facilitar a investigação (Doenges & Moorhouse, 2010; Silva, 2006). O impacto sobre a investigação determina a produção de evidência científica, que quando mobilizada em contexto clínico (Prática Baseada na Evidência), ajuda a melhorar os cuidados de enfermagem prestados à população (Barría-Pailaquilen, 2013).

a opinião de que a «Informação de Enfermagem» é importante para a governação na saúde é, hoje em dia, consensual. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007, p.1).

“(...) Ao pensar em SIE [Sistema de Informação em Enfermagem] importa assumir-se que só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos aos mesmos significantes os mesmos significados” (Silva, 2006, p.29). Associadas às vantagens para o contexto específico de cuidados, a constância e uniformização da linguagem clínica mobilizada pelos enfermeiros facilita a sua apropriação pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2009) prevê, para o futuro, que a otimização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e a troca de informações entre as diferentes institui-

ções de saúde, passem por uma das estratégias a desenvolver no sentido de melhorar a prática de cuidados prestados à população.

Em suma, partindo não só da minha experiência pessoal, mas também dos benefícios descritos da mobilização de uma linguagem clínica classificada, propus-me, realizar um estudo de investigação com o objetivo de explorar o modelo conceptual em enfermagem, inerente à prestação de cuidados, e identificar as IE realizadas, traduzindo-as numa linguagem classificada, cuja finalidade é a de tornar mais clara e uniforme a prática clínica de enfermagem na unidade de internamento onde presto cuidados, a UIPIA.

Para tal foram definidas duas questões de partida:

| | |
|---|---|
| Qual o modelo conceptual inerente à prática de cuidados dos enfermeiros na UIPIA? | Quais as IE, segundo a linguagem CIPE [®] , realizadas pelos enfermeiros na UIPIA? |
|---|---|

Que, por sua vez, visam dar resposta à questão de investigação:

Como são conceptualizados e descritos pelos enfermeiros os cuidados de enfermagem numa UIPIA?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceptualização da prática de enfermagem

Os modelos conceptuais existem desde o momento em as pessoas começaram a pensar sobre si próprias e sobre o seu ambiente, sendo que, atualmente encontram-se largamente difundidos sobre todas as disciplinas e em todas as áreas da vida. Tudo o que uma pessoa vê, ouve, lê e experiencia é filtrado através de umas “lentes cognitivas”, de um determinado quadro de referência (Lachman, 1993, citado por Fawcett, 1995).

O termo «modelo conceptual» é sinónimo dos termos «quadro conceptual», «sistema conceptual», «paradigma» e «matriz disciplinar». É definido pelo conjunto de conceitos abstratos e gerais, assim como pelas preposições que integram esses conceitos (Lippitt, 1973 e Nye & Berardo, 1981, citados por Fawcett, 1995), de modo a formar uma teoria. Os conceitos são palavras que descrevem as imagens mentais de um fenómeno (Fawcett, 1995) – o conteúdo de uma disciplina (Alligood & Tomey, 2004). As preposições, por sua vez, são declarações que descrevem ou determinam as ligações entre os conceitos de uma teoria. São abstratas e, em geral, não são passíveis de uma observação empírica direta ou de serem testadas (Roy & Andrews, 1991, citado por Fawcett, 1995). As suas afirmações conduzem a teorias de médio alcance, que declaram o que é proposto ser verdade e ser testado sobre a forma de uma hipótese (Alligood & Tomey, 2004).

O modelo conceptual fornece um quadro de referência distinto e coerente, um caminho interno unificado para pensar sobre eventos e processos (Frank, 1968, citado por Fawcett, 1995), que indica como observar e interpretar o fenómeno de interesse de uma disciplina. O significado de cada termo, usualmente, diz respeito a um único modelo conceptual. Neste sentido, o mesmo termo, ou termos semelhantes, podem ter significados diferentes consoante o modelo conceptual em que se encontram inseridos (Fawcett, 1995).

No que respeita à enfermagem, o termo «modelo conceptual» não é novo. Surgiu em meados do ano de 1859, quando Florence Nightingale expôs as suas ideias sobre a enfermagem. A propagação dos modelos conceptuais de enfermagem foi perspectivada a par do interesse de se conceptualizar a enfermagem como uma disciplina distinta, bem como da concomitante introdução de ideias sobre a teoria de enfermagem (Peterson, 1977 & Hall, 1978, citados por Fawcett, 1995). Atualmente os trabalhos de muitas teóricas de enfermagem estão

organizados como modelos conceptuais, sendo que o seu desenvolvimento tem possibilitado um importante avanço da disciplina de enfermagem.

Os modelos conceptuais proporcionam um quadro de referência que permite uma abordagem sistemática sobre os fenómenos relacionados com a disciplina de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004). Apesar de abstratos, podem ser visualizados, através de diagramas, e manipulados mediante as representações mentais. Os modelos conceptuais constituem “um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado” (Riehl & Roy, 1980, citados por Logan, Roper & Tierney, 1995), que identificam os componentes essenciais da prática de enfermagem, de acordo com uma determinada base teórica e que são produzidos para explicar a prática observada (Logan, Roper & Tierney, 1995). Johnson (1987), citado por Fawcett (1995), refere que os modelos conceptuais de enfermagem fornecem orientações filosóficas e pragmáticas para os cuidados de enfermagem ao cliente. Os cuidados que apenas os enfermeiros podem fornecer, cuja dimensão se diferencia de outras profissões de saúde. Eles identificam o propósito e o âmbito da enfermagem.

O metaparadigma constitui o nível mais abstrato do conhecimento (Alligood & Tomey, 2004). É composto por conceitos centrais, que identificam o fenómeno de interesse da disciplina, e por pressupostos globais, que exprimem as relações existentes entre esses fenómenos (Kuhn, 1977, citado por Fawcett, 1995). Os pressupostos são declarações que os teóricos ou investigadores admitem como verdades, sem terem que as medir ou testar (Alligood & Tomey, 2004).

Os fenómenos de interesse da enfermagem são representados por quatro conceitos centrais: pessoa, ambiente, saúde e os cuidados de enfermagem. A **pessoa**, segundo Fawcett (1995) “refere-se ao beneficiário de enfermagem, incluindo os indivíduos, famílias, comunidades e outros grupos” (p.7). Ingalls e Tourville (2003) acrescentam que a pessoa é o indivíduo, ou indivíduos, com quem o enfermeiro interage de modo terapêutico, que se pode identificar como cliente ou doente. “É um ser social e agente intencional de comportamento baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.8).

O **ambiente** pode referir-se às pessoas que são significativas para a pessoa, ao seu ambiente físico, assim como ao cenário onde a enfermagem ocorre (Fawcett, 1995). Este

influencia e é influenciado pela pessoa, quer pelo seu funcionamento individual ou grupal. “O ambiente (...) é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p.9).

Saúde é um estado subjetivo de procura permanente de adequado equilíbrio; a condição humana – física, mental, social e espiritual; a representação mental que cada um atribui ao controlo do seu sofrimento, o bem-estar físico e o conforto espiritual e emocional (OE, 2001). Consiste no estado de bem-estar da pessoa, que pode variar desde um alto nível de saúde para uma doença terminal (Fawcett, 1995).

Por último, os **cuidados de enfermagem** implicam uma abordagem holística da pessoa, tendo por finalidade a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados. Os cuidados de enfermagem têm como “papel suplemento/ complemento das actividades da vida diária da pessoa, quando deficiências, incapacidades ou *handicaps* a afectam, procurando sistematicamente promover a adaptação aos défices funcionais” (Silva, 2006, p.27). A OE (2001), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), reforça que “as intervenções de enfermagem são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)” (p.11).

As propostas dos modelos de enfermagem indicam que o uso dos modelos conceptuais facilita a comunicação entre os enfermeiros e fornece uma abordagem sistemática para a investigação em enfermagem, educação, administração e prática (Fawcett, 1995). Contudo, a apropriação de um modelo conceptual na equipa de cuidados deverá ser tomada com a precaução necessária à conservação da excelência do cuidado prestado. “Os cuidados devem estar orientados para modelos que se centram numa escrita sensível que singulariza, que diferencia, que personaliza, que ousa falar de emoções, que confessa sentimentos, angústias, e que dá visibilidade ao cuidado” (Martins et al., 2008, p. 53).

Os modelos conceptuais das várias teóricas encontram-se agrupados em escolas de pensamento de acordo com o objetivo central ou orientação de cada uma delas.

2.2. Escolas de Pensamento

Segundo as bases filosóficas e científicas da enfermagem, as concepções da disciplina de enfermagem concentram-se em seis escolas, sendo elas a escola das necessidades, das interações, dos resultados/ efeitos desejados, da promoção de saúde, do ser humano unitário e do cuidar (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996; Silva, 2006). O quadro seguinte (Quadro 1) ajuda a consolidar a informação das principais teóricas de enfermagem em cada uma das escolas de pensamento e a sua respetiva orientação.

Quadro 1 – Escolas de Pensamento / Principais teóricas de Enfermagem / Orientação

| Escolas de Pensamento | Principais teóricas | Orientação |
|--|---|--|
| Escola das necessidades | Virginia Henderson Dorothea Orem | Orientadas para a pessoa |
| Escola das interações | Hildegard Peplau Afaf Meleis | |
| Escola dos resultados/ efeitos desejados | Betty Neuman | |
| Escola da promoção de Saúde | Moyra Allen | |
| Escola do ser humano unitário | Martha Rogers Margaret Newman Rosemarie Parse | Caracterizadas por uma abertura ao mundo |
| Escola do cuidar | Madeleine Leininger Jean Watson Mary Roach | |

A **escola das necessidades** centra-se no “*que fazem os enfermeiros?*” (Meleis, 2010). O cuidado encontra-se centrado na independência da pessoa, na satisfação das suas necessidades fundamentais (Henderson, 1964, citado por Kérouac et al., 1996) e na capacidade de se autocuidar (Orem, 1991, citado por Kérouac et al., 1996). Assim, a enfermagem visa atingir, para a pessoa sã ou doente, o que ela própria atingiria se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários (Silva, 2006). O enfermeiro substitui a pessoa, durante o tempo em que ela não pode realizar, por si mesma, certas atividades relacionadas com a sua saúde e ajuda a pessoa a recuperar o que era antes possível, com a sua independência (Kérouac et al., 1996). As suas principais teóricas são Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah (Silva, 2006).

As teóricas de enfermagem da **escola das interações** inspiram-se nas teorias da interação, na fenomenologia e no existencialismo, procurando responder à questão: “*Como fazem os enfermeiros o que estão fazendo?*” (Meleis, 2010). Este modelo centra o seu interesse sobre os processos de interação entre o enfermeiro – pessoa capaz de oferecer ajuda, e a pessoa –

pessoa que tem necessidade de ajuda (Kérouac et al., 1996). “Através da interacção é possível promover o crescimento individual, quer do enfermeiro, quer da pessoa que recebe ajuda a partir da apreensão pessoal do significado da doença, enquanto experiência humana” (Silva, 2006, p.24). A interação desenvolvida reflete, assim, uma ação humanitária e não mecânica, através da qual o enfermeiro avalia as necessidades de ajuda da pessoa, formula um diagnóstico de enfermagem e planeia uma intervenção. Deve-se manter a integridade da pessoa, sendo esta capaz de reconhecer as suas necessidades e capaz de se atualizar (Kérouac et al., 1996). A enfermagem consiste num processo terapêutico interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro, a pessoa e o meio, tendo em vista facilitar os processos de transição e atingir estados funcionais de saúde (King, 1985, citado por Silva, 2006). As teóricas de enfermagem desta escola são, entre outros, Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach, Imogene King e Afaf Meleis.

A **escola dos resultados/efeitos desejados** pretende responder à pergunta: “*Porque os enfermeiros fazem o que eles fazem?*”. Este grupo de teóricas têm tentado conceptualizar os resultados dos cuidados de enfermagem, considerando que os respetivos objetivos consistem em restabelecer o equilíbrio, a estabilidade e a homeostasia e em preservar a energia (Kérouac et al., 1996), em resposta a fatores externos ou internos de *stress*. “A enfermagem visa a adaptação do indivíduo ao meio externo ou interno, promovendo respostas adaptativas adequadas e, quando necessário, intervindo para modificar as respostas adaptativas ineficazes” (Silva, 2006, p.25). A pessoa é, assim, vista como um sistema (Kérouac et al., 1996). As suas principais teóricas de enfermagem são Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman.

A **escola da promoção da saúde** pretende responder, de novo, a “o *que* fazem os enfermeiros?”, assim como “A *quem* estão dirigidos os cuidados de enfermagem?”. Nesta escola, o ponto alvo dos cuidados amplia-se à família que aprende pelas suas próprias experiências de saúde. A teórica que representa esta escola é Moyra Allen (Kérouac et al., 1996).

A **escola do ser humano unitário** situa-se no contexto de orientação de abertura ao mundo e do paradigma da transformação. As teóricas desta escola procuram responder à questão: “A *quem* estão dirigidos os cuidados de enfermagem?”. “A enfermagem toma por foco o bem-estar das pessoas tendo em conta o máximo potencial de saúde de cada indivíduo, em cada momento e lugar” (Silva, 2006, p.25). Através da disponibilidade para a relação inter-

peçoal, o exercício de enfermagem visa alcançar, em conjunto com a pessoa, o máximo potencial de bem-estar. Martha Rogers, em 1983, evita que o conceito de holismo seja sujeito a uma má utilização, adotando o conceito de pessoa unitária (Kérouac et al., 1996). O ser humano é visto como unitário, indivisível e não a soma das suas partes (Silva, 2006). Margaret Newman e Rosemarie Parse juntaram-se a esta escola, adicionando fontes filosóficas extraídas do existencialismo e da fenomenologia. Assim, inspirada pelas ideias de Martha Rogers, segundo a qual a saúde e a doença são expressões do processo de vida e não são opostas, nem divididas, Margaret Newman propõe, em 1986, a teoria da saúde como uma expansão da consciência. A saúde é a realização contínua de si mesmo como um ser unitário e a doença está integrada na saúde, formando parte do processo de expansão da consciência (Kérouac et al., 1996). A saúde é vista como um conceito subjetivo que varia de acordo com a cultura e a pessoa, estando relacionada com o bem-estar e a realização pessoal (Silva, 2006).

A **escola do cuidar** tenta responder, de novo, à pergunta: “*Como as enfermeiras fazem o que fazem?*”. As teóricas de enfermagem do cuidar acreditam que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas se recorrerem a dimensões tais como a espiritualidade (Watson, 1988, citada por Kérouac et al., 1996) e a cultura (Leininger, 1988b, citado por Kérouac et al., 1996) e se integrarem os conhecimentos vinculados às mesmas (Kérouac et al., 1996). Para Madeleine Leininger o cuidar constitui a essência da enfermagem; para Jean Watson a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidar; e, para Mary Roach a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar (Silva, 2006). O cuidar também significa facilitar e ajudar, respeitando os valores, as crenças, a forma de vida e a cultura das pessoas (Leininger, 1988a, 1988b e Watson, 1988, citados por Kérouac et al., 1996). Assim, esta escola tem por conceitos centrais não só o cuidar, mas, também, a cultura, situando-se na orientação de abertura ao mundo e no paradigma da transformação (Kérouac et al., 1996). “O momento em que se processa o cuidado é caracterizado pela partilha dos campos fenomenológicos de duas pessoas. É o reconhecimento do outro que permite ao enfermeiro captar, detectar e sentir as necessidades reais da pessoa” (Silva, 2006, p.25).

A prestação de cuidados de enfermagem, sob orientação de um modelo conceptual, deverá seguir um conjunto de etapas organizadas e lógicas, isto é, o processo de enfermagem.

2.3. Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem surgiu pela primeira vez nos anos 1950, de forma primitiva, compreendendo três fases (avaliação inicial, planeamento e avaliação). Gradualmente foi-se aprimorando e ganhando um maior sentido para a prática de enfermagem, representando “(...) um método eficiente de organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.3). Compreende, atualmente, cinco fases, que o ajudam a fornecer “(...) uma abordagem ordenada, lógica, de resolução de problemas para a administração dos cuidados de enfermagem” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.3), sendo elas: Avaliação inicial, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação final.

O enfermeiro inicia o processo de enfermagem recolhendo dados do cliente de forma sistemática (*Avaliação inicial*), procedendo em seguida à análise dos mesmos com vista à identificação dos seus problemas e necessidades (*Diagnóstico*). Na fase de *Planeamento* identifica os objetivos e os resultados desejados pelo doente, o que o ajuda a focar nas necessidades de bem-estar da pessoa, escolhendo as IE a implementar na fase seguinte, a *Implementação*. Por último, o enfermeiro avalia os resultados obtidos e monitoriza a eficácia das intervenções e a resposta do cliente, podendo alterar o planeamento de cuidados anteriormente realizado (*Avaliação final*) (Doenges & Moorhouse, 2010).

A mobilização do processo de enfermagem no quotidiano da enfermagem implica um “(...) conhecimento global da ciência e da teoria (...)” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.5), não só do âmbito de enfermagem, mas também de outras disciplinas. O enfermeiro deverá agir com “criatividade” na aplicação do conhecimento, assim como ser capaz de se adaptar à mudança e a acontecimentos inesperados. No exercício das suas funções, o enfermeiro deverá ainda comprometer-se a prestar os seus cuidados da melhor forma possível, mobilizando não só as competências técnicas mas também a sua inteligência e competências relacionais (Doenges & Moorhouse, 2010). Assumindo-se não só como uma “(...) abordagem ordenada, lógica, de resolução de problemas (...)” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.3), o processo de enfermagem assume grandes vantagens da sua mobilização já que oferece um “método sistemático e organizado para a resolução de problemas (...), promove o envolvimento activo do doente (...), [permite ao enfermeiro] assumir um maior controlo sobre a sua prática (...), [promovendo] uma maior satisfação e crescimento profissionais (...), [e acima de tudo] pro-

porciona uma linguagem comum à prática (...) [e] uma forma de avaliar a contribuição econômica da enfermagem para os cuidados do doente” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.7-8).

De acordo com a finalidade definida para este estudo de investigação, a etapa associada ao planeamento e implementação das intervenções assume um papel de grande relevância.

2.3.1. Intervenções de Enfermagem

As Intervenções de Enfermagem ou Cuidados de Enfermagem podem definir-se segundo diferentes perspetivas, nomeadamente, segundo diferentes modelos conceptuais em enfermagem, podendo por essa razão compreender diferentes representações, consoante o contexto, prestador de cuidados e cliente.

Na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC³), a IE é “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo paciente/cliente” (McCloskey & Bulechek, 2000, p.39). Indicam comportamentos, atividades, ações e tratamentos desenvolvidos pelo enfermeiro com o objetivo de ajudar o cliente a obter os resultados, sendo que o rigor na escolha da intervenção é tão ou mais importante que a definição de um diagnóstico (Doenges & Moorhouse, 2010). A CIPE[®] – Versão 2 veio reforçar a interligação entre o diagnóstico e a IE definindo-a como uma “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem” (Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), 2011, p. 16).

Segundo os PQCE (OE, 2001) e o REPE (OE, 2012), as IE podem ser integradas em duas categorias distintas: as intervenções interdependentes e as intervenções autónomas. As primeiras dependem de uma prescrição médica, sendo o enfermeiro responsável pela sua implementação. Por sua vez, as IE autónomas constituem “(...) a essência do modelo dos SIE” (OE, 2007), sendo desta vez o enfermeiro responsável pela prescrição e implementação da intervenção (OE, 2001; OE, 2012).

A pouca complexidade na definição de IE, nas diferentes classificações, parecem permitir uma adaptação aos modelos conceptuais, que se pretender mobilizar. Estas ilustram, igualmente, a posição que as IE assumem no processo de enfermagem, nomeadamente que devem ser precedidas por um correto e eficaz processo diagnóstico. A escolha correta das IE deve ter por base o diagnóstico de enfermagem definido, assim como os objetivos e os resul-

³ *Nursing Interventions Classification.*

tados desejados, mobilizando se possível o cliente na tomada de decisão quanto às melhores intervenções e as que considera poderem ser mais eficazes, já que assim ajudam a potenciar as suas capacidades (Doenges & Moorhouse, 2010).

O enfermeiro, ao longo da sua prática clínica, deve utilizar o raciocínio clínico na definição dos diagnósticos e respectivas IE para dar resposta aos mesmos. “(...) O raciocínio clínico em enfermagem pode ser definido como um processo cognitivo complexo que utiliza estratégias de pensamento formal e informal para reunir e analisar as informações do paciente, avaliar o significado dessa informação e pesar ações alternativas (trad. do autor)” (Simmons, 2010, p. 1155). Durante o processo de tomada de decisão “(...) o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem para a pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) (...) [sendo estas] prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2001, p.12).

Tutelado pelo Código Deontológico (CDE), o enfermeiro tem presente que “(...) bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.13).

As IE são refletidas na documentação que o enfermeiro produz, isto é, nos RE elaborados, que “(...) são a base de toda a filosofia e metodologia, (...) o testemunho escrito da prática de enfermagem” (Martins et al., 2008, p.54).

2.4. Documentação dos cuidados de enfermagem

A preocupação em torno da documentação em enfermagem decorre desde o séc. XIX, quando, tal como já foi referido, Florence Nightingale conceptualizou pela primeira vez a prática de cuidados de enfermagem. Nightingale preocupava-se com a realização de registos que representassem, de forma fiel, a prática clínica, garantindo assim a continuidade de cuidados e, consequentemente, a melhoria da qualidade dos mesmos (Alligood & Tomey, 2004; George, 2000; Mota, 2010). “A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes (...) [tornando-se] possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente” (Santos, Paula & Lima, 2003, p. 81).

Num estudo realizado por Santos, Paula e Lima (2003) sobre a perceção dos enfermeiros face aos registos elaborados manualmente, os autores referem que estes se encontram insatisfeitos com o registo manual dos mesmos e apontam para a necessidade de mudanças neste sistema. “As informações transcritas não revelavam qualidade, não observavam uma sequência lógica, não objectivavam a situação do paciente, enfim não revelavam o adequado procedimento nos cuidados para atender às necessidades de cada paciente” (Santos, Paula & Lima, 2003, p. 81). Os registos “são inconsistentes, ilegíveis e subjetivos, não havendo uma definição metodológica estruturada” (Santos, Paula & Lima, 2003, p. 81). Cook et al. (2000), citados por Mota (2010), revelaram que a maior parte dos *gaps* que se identificam na continuidade dos cuidados de saúde, são habitualmente associados a carências na qualidade e/ou quantidade de informação que se regista.

Os RE revestem-se de grande importância para a prática clínica, “(...) pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente (...)” (Martins et al., 2008, p. 54), sendo que é através da elaboração dos mesmos que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho e reforçam a sua autonomia e responsabilidade profissional. “Dado que o tempo despendido pelos enfermeiros a documentar compete com o tempo disponível para os cuidados directos aos clientes (...) [e de que] há a consciência da necessidade e obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem” (Silva, 2006, p. 18), o enfermeiro, por vezes, obriga-se a conferir maior importância à documentação, em detrimento do tempo que despende junto do cliente. Lessa et al. (n.d.), num estudo elaborado sobre o impacto da informatização

dos RE, identificou, como uma das vantagens da sua utilização, a redução do tempo despendido na documentação dos cuidados.

Martins et al. (2008) dedicaram-se no seu estudo denominado de “*Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?*” a pensar sobre de que forma os RE traduzem a dimensão da RT com os clientes, referindo que:

tem que estar bem presente na escrita o significado do cuidado, a vertente da comunicação, o estabelecimento da relação do cliente/família, a demonstração da empatia, a escuta, a resposta do enfermeiro às questões verbais e não verbais, por forma a construir um pensamento inerente ao cuidar (p.55).

Reforçam também que se a tradução na escrita de todas as dimensões do cuidar, for clara para todos os enfermeiros, durante o processo de reflexão e prestação de cuidados, “(...) a adopção duma linguagem comum como a CIPE® (...) estará claramente facilitada” (Martins et al., 2008, p.53).

2.4.1. Linguagem CIPE®

David Benton, CEO⁴ do CIE, apresenta a CIPE® “como membro (...) da Família de Classificações Internacionais da OMS [Organização Mundial de Saúde]” (CIE, 2011, p. 11), desde 2008. O CIE (2011) define-a como “uma ferramenta (...) fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão” (p. 3).

A ausência de uma linguagem comum em enfermagem foi o fator impulsionador do desenvolvimento de um sistema de classificação internacional que permitisse produzir informação fiável para a gestão dos cuidados e de custos, e para o desenvolvimento das políticas de saúde, tendo sido pensada pela primeira vez em 1989, num congresso do CIE, em Seul, na Coreia do Sul (Garcia & Nóbrega, 2005).

Em 1991, o CIE iniciou o projeto CIPE®, precedido por uma exaustiva pesquisa bibliográfica e de um pedido de colaboração de vários países, que também reconheciam a importância da criação de uma linguagem comum. Após cinco anos de produção, o CIE publica em 1996 a “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco Unificador”, constituída pela classificação dos fenómenos de enfermagem e das IE, estimulando e apelando aos comentários, observações, críticas e recomendações de melhoria, tendo,

⁴ Chief Executive Officer.

por isso, o documento, sido traduzido em várias línguas. Esta partilha de conhecimentos deu origem à versão Beta, em Julho de 1999, ano do centenário do CIE. Três anos depois, em 2002, foi divulgada a versão Beta 2, prevendo a divulgação da versão 1 para 2005, na sequência do congresso quadrienal do CIE, na Tailândia/China. Até à atualidade foram produzidas mais duas versões da CIPE[®], a versão 1.1, em 2008, e a versão 2, em 2009. (Garcia & Nóbrega, 2005).

Um dos objetivos da CIPE[®] passa por tornar homogêneos os vocabulários de cada local (geográfico, unidade de cuidados) com as terminologias existentes a nível mundial, no sentido de melhorar a assistência de saúde à população (Cubas, Silva & Rosso, 2010). “A CIPE[®] dá um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde [já que] sendo uma terminologia padronizada, (...) consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem” (CIE, 2011, p.14). A utilização da CIPE[®] ajuda a cumprir os seus próprios objetivos (Cubas, Silva & Rosso, 2010) e, conseqüentemente, a promover a adesão à mesma, sendo que quanto maior a sua mobilização nos mais variados contextos e, particularmente, neste contexto singular, maior aplicabilidade prática a linguagem adquire.

Num estudo realizado sobre a influência que a implementação de SIE, que mobilizam a CIPE[®], tem sobre a aprendizagem dos estudantes de licenciatura, Almeida e Ferreira (2010) afirmaram que a utilização desta linguagem classificada permite, entre outros aspetos:

estabelecer uma linguagem comum, para descrever a prática de enfermagem; possibilita a elaboração de um plano de cuidados, (...) que permite a construção de diagnósticos de enfermagem e a organização das intervenções a prestar (...); facilita a reflexão sobre a prática clínica (...); diminui o tempo gasto na realização dos registos de enfermagem, permitindo uma melhor gestão do mesmo; [e] melhorando a comunicação entre os enfermeiros e mesmo entre outros profissionais (p. 1).

A OE (2007) justifica a escolha de uma linguagem classificada para os SIE pelo facto de uma linguagem comum representar “(...) um aspecto importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o respectivo desenvolvimento” (p.3) e por ser teoricamente consensual que, a sua mobilização, promove a visibilidade dos cuidados prestados. A opção pela linguagem CIPE[®] prendeu-se com o facto de em Portugal não existir a “(...) tradição de utilização de classificações formais que abranjam os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem” (OE, 2007, p.3), pelo que se optou pela preconizada pelo CIE.

2.4.2. Sistemas de Informação em Enfermagem

Decorrente dos SIS, os SIE traduzem “o esforço de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação dos dados em informação e conhecimento (...) [que visam] alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de enfermagem” (Goosen, 2000a, citado por Silva, 2006, p. 33).

Mais concretamente nos últimos dez anos são vários os estudos que ilustram e definem as vantagens da utilização de SIE que mobilizem a linguagem CIPE[®], nos vários contextos de cuidados (Mota, 2010; Lessa et al., n.d.; Cunha, Ferreira & Rodrigues, 2010; Santos, Paula & Lima, 2003; Almeida & Ferreira, 2010). Apesar das dificuldades iniciais da mobilização dos SIE, quando perfeitamente instalados e adaptados, são várias as vantagens enumeradas. Cunha, Ferreira & Rodrigues (2010), num estudo denominado de “Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem”, concluíram que:

os enfermeiros incorporam favoravelmente os novos SIE nos seus processos de trabalho, considerando-os úteis e atribuindo-lhe vantagens a nível da qualidade da informação (qualidade dos registos, mais informação registada, acesso rápido à informação), da qualidade dos cuidados (cumprimento de todas as etapas do processo de enfermagem, prática baseada na evidência, continuidade e integração de cuidados) e da visibilidade dos cuidados de enfermagem (p. 10).

A OE (2007) previu ainda que os SIE suportassem a definição de um foco, do seu respetivo *status* e resultados esperados, das IE a desenvolver para dar resposta ao diagnóstico e a possibilidade de se escrever texto livre que “(...) clarifique os aspectos que o enfermeiro entender adequados” (OE, 2007, p.3), tendo por base as diferentes etapas do, já referido, processo de enfermagem.

3. ÁREA CLÍNICA

3.1. Estágio Hospitalar – UIPIA

O estágio hospitalar realizou-se na UIPIA no período compreendido entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013 (60% da carga horário prevista para o estágio). Este estágio integrou, simultaneamente, a realização do estudo de investigação e o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de EESM, através da efetiva prática clínica.

A UIPIA tem uma lotação de dez camas para internamento de crianças até aos 18 anos (exclusive), em situações psicopatológicas agudas e subagudas (excluindo-se as situações de toxicodependência e delinquência), residentes na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas (Almeida, Ferreira & Nabais, 2010).

3.1.1. Estudo de Investigação

3.1.1.1. Finalidade e objetivos

No âmbito do estágio hospitalar foi desenvolvido um estudo de investigação partindo da problemática apresentada, com a finalidade de conceptualizar a prática de enfermagem na UIPIA, analisando, formalizando e modelando as IE, segundo a linguagem CIPE®, e almejando, com a sua sistematização, que se transformem os dados em informação e conhecimento (investigação), e com isso melhorar os cuidados de enfermagem prestados na área da SMIA.

“Ao longo da sua carreira, Peplau defendeu que a profissão, como um todo, iria beneficiar dos esforços das enfermeiras especialistas para avançar as fronteiras do conhecimento e da prática de enfermagem” (Callaway, 2013, p.535-536). O RCEEESM (2010) suporta a necessidade de o EESM investir em projetos de investigação, descrevendo que:

o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (p.2).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011b), no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem, o EESM tem o papel de contribuir para a máxima eficácia na organização dos

cuidados de enfermagem especializados. Não obstante, o facto deste projeto não se referir especificamente a intervenções de âmbito geral ou especializado, como futura EESM, compete-me, neste trabalho, inerente à formação para a obtenção deste título, o investimento em projectos que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados nesta área.

Para o estudo de investigação foram definidos dois objetivos gerais, sendo eles:

- Identificar o(s) modelo(s) conceptual(ais) que orienta(m) a prática clínica da UIPIA;
- Identificar as IE na UIPIA, à luz de uma linguagem classificada, a CIPE[®].

Intimamente relacionado com o estudo de investigação e com o objetivo de aprofundar conhecimentos em torno da mobilização da linguagem CIPE[®], em contexto clínico, realizei um estágio de observação na **Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos**, no Hospital Pedro Hispano, no período compreendido entre 15 e 19 de Outubro de 2012.

Esta unidade desenvolve a sua prática de cuidados segundo a referida linguagem e plataforma SAPE[®] (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem[®]) (atual SCLínico[®]) desde 1999, pelo que foi possível contactar com este registo, nomeadamente com a forma como a equipa multidisciplinar conceptualiza e comunica os cuidados de enfermagem. Acima de tudo, o estágio neste local tornou-se fundamental para perceber a aplicabilidade do SAPE[®] na prática de cuidados, procurando, ao longo do mesmo, perceber qual a forma de adaptá-lo ao contexto específico da UIPIA. Superando em larga escala a minha expectativa quanto às possíveis dificuldades da implementação deste sistema na UIPIA, o SAPE[®] revelou-se capaz de ser mobilizado na UIPIA, com as devidas adaptações, com um impacto muito positivo na organização do trabalho e na redução de horas nos RE, já que possibilita uma forma organizada, lógica e clara de pensar os cuidados e dar visibilidade ao trabalho que é desenvolvido pelos enfermeiros.

3.1.1.2. Metodologia

3.1.1.2.1. Abordagem e tipo de estudo

O presente trabalho compreendeu uma abordagem qualitativa e um desenho descritivo do tipo estudo de caso. A **abordagem qualitativa** adequa-se pelo facto de os métodos qualitativos se concentrarem na experiência humana no seu todo e no sentido que é atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, permitindo assim uma compreensão mais ampla sobre os comportamentos humanos complexos (Streubert & Carpenter, 2013). Segundo Vilelas (2009), “é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (p. 105). Ao contrário da investigação quantitativa que se encarrega de analisar a frequência com que certas características do conteúdo surgem, a análise qualitativa tem em consideração a “presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem” (Bardin, 2011, p.23) e é usada de modo a “explorar o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas” (Vilelas, 2009, p.105).

Do ponto de vista do desenho, num **desenho descritivo**, o investigador “descreve uma realidade (...) procurando descrever e documentar os fenómenos que nela acontecem” (Vilelas, 2009, p.121), isto é, as “dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenómenos” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.34). É esperado que o investigador “detenha algum conhecimento da variável ou das variáveis que influenciam o problema” (Vilelas, 2009, p. 120), sendo que nesta investigação em particular o facto de trabalhar no local onde decorre a investigação favorece o desenvolvimento deste estudo. Especificamente, a opção por um **estudo de caso** justifica-se pelo facto de não se pretender a generalização dos dados mas sim uma análise pormenorizada de um contexto, comparando e analisando os dados produzidos da aplicação de dois instrumentos de colheita de dados. A análise pormenorizada do contexto é explicado pelo facto de “(...) as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as intervenções (...) e os dados da observação / vigilância contínua do doente [variarem] de unidade para unidade” (OE, 2007, p.3). Neste estudo, que visa a criação do Padrão de Documentação para a integração do SClínico®, torna-se clara a importância da análise específica do contexto onde o padrão será mobilizado.

3.1.1.2.2. População e amostra

Os elementos que constituem a população deste estudo são os 16 enfermeiros que faziam parte da equipa de enfermagem da UIPIA entre 30 de Agosto e 11 de Outubro de 2012.

Com o intuito de dar resposta aos dois objetivos definidos, foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados – Grupo Focal (GF) e Análise Documental (AD).

Para o GF foram convidados todos os 16 enfermeiros da equipa, tendo constituído a amostra os oito enfermeiros que participaram na referida discussão em grupo, excluindo-se os que, por opção, não compareceram, os que ficaram a prestar cuidados durante o período de duração do GF e os que se encontravam ausentes do serviço. Dos oito enfermeiros-participantes, quatro eram enfermeiros de cuidados gerais (ECG) (E1), sendo que destes, três eram também estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5), e quatro eram EESM (E3, E6, E7 e E8). Este tipo de amostra não probabilística do tipo acidental é utilizado “nas diversas disciplinas profissionais (...) dado que a população inteira raramente é acessível” (Fortin, 2009, p. 321)⁵.

Para a AD não foi aplicada nenhuma técnica de amostragem, tendo sido colhidos dados relativos a RE produzidos por todos os 16 elementos da população. A opção por não terem sido excluídos os elementos da equipa que não tinham colaborado no GF, prendeu-se com o facto de a análise dos RE diários, em continuidade, oferecer maior rigor na análise do processo de enfermagem, nomeadamente, na identificação das IE desenvolvidas pelos enfermeiros. Contudo, na impossibilidade de estudar todos os RE produzidos pelos enfermeiros da UIPIA, foram definidos alguns critérios de inclusão, de modo a chegar aos processos clínicos (PC) a estudar, sendo eles:

- PC de crianças internadas entre 1 e 7 de Outubro de 2012 (primeira semana de estágio);
- Pelo menos sete dias de internamento (análise dos RE produzidos na primeira semana de internamento);
- Autorização para auditoria ao PC (folha de consentimento para a auditoria ao PC do CHLC);

⁵ Dos 16 enfermeiros da UIPIA, quatro eram ECG, cinco eram ECG e estudantes do CMESMP, um era ECG e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cinco eram EESM e uma era Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Da aplicação do primeiro critério obteve-se um total de 13 PC de crianças internadas durante esse período. Os últimos dois critérios de inclusão excluíram cinco dos 13 PC das crianças, sendo que uma das crianças não cumpria o critério de ter pelo menos sete dias de internamento (P11) e quatro deles não tinham o consentimento para a auditoria (P3, P5, P7 e P13). Desta forma identificaram-se oito PC (P1, P2, P4, P6, P8, P9, P10 e P12), num total de 168 RE (21RE/PC) e 1344 horas de cuidados de enfermagem (168h/PC).

Os PC são referentes a crianças com idades entre os 13 e os 17 anos, com uma média de idades de 14 anos e oito meses e com um número médio de dias de internamento de 26 dias. Relativamente ao género das crianças de cada um dos PC é predominante o género feminino (62,5%). No que diz respeito ao motivo que determinou o internamento, destaca-se a Perturbação do Comportamento Alimentar, com três casos (37,5%), em seguida, o Surto Psicótico, com dois casos (25%), e, por último, a Perturbação do Comportamento, a Tentativa de Suicídio e a Ideação Suicida, com um caso cada (12,5%) (Quadro 2).

Quadro 2 – AD // Caracterização das crianças relativas aos PC analisados

| PC | Idade | Género | Diagnóstico médico | Total de dias de internamento |
|-----|-------|-----------|--|-------------------------------|
| P1 | 13 | Feminino | Perturbação do Comportamento Alimentar | 40 |
| P2 | 15 | Masculino | Perturbação do Comportamento Alimentar | 24 |
| P4 | 14 | Masculino | Perturbação do Comportamento | 24 |
| P6 | 17 | Feminino | Tentativa de suicídio | 13 |
| P8 | 16 | Feminino | Ideação suicida | 17 |
| P9 | 15 | Masculino | Surto psicótico | 17 |
| P10 | 15 | Feminino | Perturbação do Comportamento Alimentar | 49 |
| P12 | 14 | Feminino | Surto psicótico | 27 |

3.1.1.2.3. Instrumentos de colheita de dados

3.1.1.2.3.1. Grupo Focal

Silva (2006) ressalva a importância de analisarmos o contexto das práticas, na medida em que “não são aceitáveis os SIE concebidos a partir de modelos conceptuais conflitantes com os definidos pela própria disciplina (...) [já que se tornaria] obstáculo ao desenvolvimento das práticas de enfermagem (...). Os SIE devem dar resposta ao modelo em uso – de outra forma não teriam a aceitação dos utilizadores” (p. 23).

Decorrente da complexidade inerente aos SIE e no sentido de favorecer a viabilidade da implementação do registo informático dos cuidados de enfermagem e a redução da subjetividade na prestação de cuidados, revelou-se importante realizar uma análise pormenorizada do contexto da UIPIA. Para tal investiu-se na compreensão que a equipa faz dos cuidados que presta e do cliente que assiste, mobilizando uma das estratégias sugeridas por Coimbra de Matos (2012) para reduzir o impacto da subjetividade de cuidados – a discussão em grupo, assim sendo, um GF.

O GF, também conhecido por *Focus Group*, consiste num grupo de discussão com moderador, organizado de forma a permitir aos participantes investigar, trocar e discutir opiniões, atitudes e experiências (Shaha, 2011; Vilelas, 2009). Esta estratégia constitui uma forma cada vez mais popular de provocar a exposição de atitudes ou opiniões dos participantes, quanto a temas sensíveis (Shaha, 2011). Constitui um tipo de entrevista, com a particularidade de ser em grupo. Esta entrevista “comporta questões abertas [que] (...) permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes, [na medida em que estes] (...) são convidados a colocar questões e a exprimir espontaneamente o seu pensamento” (Fortin, 2009, p. 300). Tendo em conta que o projeto de implementação do registo informático no SClínico[®], inerente a este estudo, depende maioritariamente do contexto onde será desenvolvido, foi necessário optar-se por estratégias, como GF, que possibilitem à equipa colaborar de forma ativa na sua implementação, já que, “tanto a saúde como a doença, são estados relativos, e as próprias palavras significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (Sequeira, 2006, p. 19).

O GF foi realizado no dia 1 de Outubro de 2012, tendo sido para tal convidados, cerca de 15 dias antes, todos os elementos da equipa de enfermagem da referida unidade, recorrendo a cartazes de divulgação e às passagens de turno. A colheita dos dados foi realizada por

dois gravadores que registaram as intervenções orais de todos os intervenientes (Fortin, 2009). Houve lugar a duas moderadoras⁶, sendo que uma delas ficou responsável pelo registo escrito e outra por orientar/dinamizar a discussão. Antes do GF foram definidos alguns tópicos (Apêndice 1 – Grupo Focal – Tópicos a abordar) a abordar ao longo da discussão, com o objetivo de que “no final da entrevista, todos os temas que faziam parte da lista [tivessem sido] tratados.” (Fortin, 2009, p. 337).

3.1.1.2.3.2. Análise Documental

De modo a complementar a realização do GF na compreensão dos cuidados de enfermagem prestados na UIPIA, foi realizada uma AD dos RE escritos nos PC. “A AD tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (...) [permitindo assim] passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (Bardin, 2011, p.47). Neste sentido, a AD foi realizada a oito PC, em particular aos documentos onde os enfermeiros fazem o registo do processo de enfermagem do cliente, ou seja, aos diários de enfermagem e as notas de alta/ transferência. Desses documentos de registo, apenas foram consideradas e colhidas para posterior análise, as expressões que ilustravam as IE realizadas. Apesar de não se definir como um instrumento de colheita de dados propriamente dito, a AD diferencia-se da análise de conteúdo já que a primeira se centra na análise aos documentos e precede a segunda, que por sua vez se dedica à compreensão do conteúdo e expressão das mensagens (Bardin, 2011).

⁶ Nesta etapa do processo metodológico colaborou uma enfermeira cujo projeto para obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, se desenvolvia em simultâneo e intimamente relacionado com o presente estudo. O estudo foi realizado sobre a mesma população, debruçando-se igualmente sobre a conceptualização da prática clínica, mas centrado no processo diagnóstico. Foi realizado pela Enf.ª Vanessa Sofia Daniel Lages e denomina-se “Processo de Diagnóstico em Enfermagem de Saúde Mental da Infância e Adolescência: Análise da linguagem clínica mobilizada por enfermeiros numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência”

3.1.1.2.4. Análise dos dados

No que diz respeito ao GF, as intervenções orais de todos os presentes foram escutadas e, as consideradas relevantes para a temática, transcritas em computador. Depois de transcritas, foi realizada uma análise da enunciação durante a qual foram atribuídos os significados mais importantes de cada uma das expressões, com o objetivo de facilitar a sua posterior categorização (Apêndice 2 – Grupo Focal – Transcrição). A análise da enunciação é “uma leitura da «maneira de dizer», separada da leitura temática, pode completar e aprofundar a análise” (Bardin, 2011, p.101). A partir do registo escrito elaborado e da análise da enunciação procedeu-se à análise do conteúdo das mesmas, segundo a Análise Temática ou Categorical de Bardin (2011) que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 44). Foram, previamente, definidas quatro dimensões baseadas no metaparadigma em enfermagem, sendo elas: «Pessoa», «Saúde», «Ambiente» e «Cuidados de Enfermagem». Para cada uma das dimensões foram criadas várias categorias à medida que se procedia à análise dos dados, que posteriormente serão apresentadas.

Por sua vez, na AD dos RE, o conjunto de expressões selecionadas dos mesmos, que refletiam as IE desenvolvidas na UIPIA, constituíram o “*corpus* de análise” (Bardin, 2011). As UR (Unidades de registo) que correspondiam a IE Autónomas foram posteriormente “traduzida” em linguagem CIPE® e atribuídas a um fenómeno de enfermagem, segundo a mesma linguagem.

3.1.1.3. Resultados

3.1.1.3.1. Apresentação e discussão dos resultados do Grupo Focal

A realização do GF constitui-se como um momento onde foi promovida a reflexão sobre a atual dinâmica de cuidados, filosofia de cuidados, sentimentos/emoções em relação aos mesmos, que ajudou não só na definição do modelo conceptual inerente à UIPIA, como ainda, a promover a coesão e adesão da equipa à integração do SClínico® na unidade de cuidados da qual cada um dos participantes também faz parte. Os processos de mudança não são facilitados nas equipas que não se conheça e não sejam à partida envolvidas na “construção de soluções” (Mota, 2010, p.37), já que estes processos habitualmente acarretam a confrontação por parte da equipa em relação aos seus comportamentos, rotinas, valores e crenças enraizados.

Em seguida, apresenta-se a discussão dos resultados da análise de conteúdo do GF (Apêndice 3 – Grupo Focal – Análise de Conteúdo e Apêndice 4 – Grupo Focal – Tabela dos Resultados), sendo as várias expressões obtidas agrupadas em quatro dimensões, que tal como já foi referido correspondem aos conceitos centrais do fenómeno de interesse da enfermagem (Hardy, 1978, citado por Fawcett, 1995).

3.1.1.3.1.1. Dimensão I: Pessoa

Para descrever a “Dimensão I - Pessoa”, foram identificadas duas categorias referentes ao beneficiário de cuidados de enfermagem da UIPIA, nomeadamente a “Criança/ Adolescente” e a “Família/ Figura Tutelar” (Quadro 3).

Quadro 3 – GF / Dimensão I: Pessoa

| DIMENSÃO I – PESSOA | n⁷ | UE⁸ |
|------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Categoria | | |
| 1.1. Criança/ Adolescente | 2 | 5 |
| 1.2. Família/ Figura Tutelar | 2 | 3 |
| Total: | 4 | 8 |

⁷ n – n.º de participantes

⁸ UE – Unidades de Enumeração

Criança/ Adolescente

Não sendo significativa a diferença entre o número de UR das categorias obtidas, o beneficiário de cuidados “Criança/ Adolescente” constituiu a categoria com maior prevalência, compreendendo cinco UR. Para a sua definição colaboraram dois dos oito participantes (E3 e E6), ambos EESM, que descreveram a criança como uma pessoa singular, que apresenta entre outros aspetos, certas particularidades e um comportamento imprevisível.

“(...) A singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive, portanto, esta compreensão (...) mais fenomenológica daquele caso em particular...” (E6)

Este olhar sobre aquele que parece ser o alvo central dos cuidados de enfermagem na UIPIA, remete para um tipo de abordagem centrada na criança, tendo em consideração a sua especificidade, as suas necessidades e características de desenvolvimento, ao invés de uma abordagem centrada na sua patologia. Parte-se do pressuposto de que a criança faz parte de um “todo” que o enfermeiro deve reconhecer de forma a otimizar a sua intervenção (Almeida & Sabatés, 2008).

Família/ Figura Tutelar

Por sua vez, a “Família/ Figura Tutelar” foi mencionada em três UR, por dois participantes (E2 e E4), ambos ECG e estudantes do CMESMP, que consideraram a inclusão da família nos cuidados de enfermagem prestados à criança.

“(...) família como fazendo parte dos cuidados (...) integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui (...)” (E2)

“(...) [o projecto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades (...) [da] família (...)” (E2)

Desta forma entende-se que a IE na UIPIA assenta numa filosofia de cuidados também centrados na família, a qual é “uma constante na vida da criança” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006, p.10). Neste tipo de abordagem, parte-se do pressuposto de que a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde da criança, sendo a IE mais eficaz quando a família é considerada como a “unidade de cuidados” (Almeida & Sabatés, 2008).

A admissão da criança é vivenciada como uma situação de crise tanto para a criança como para a família/ figura tutelar. A família pode se sentir vulnerável (Almeida & Sabatés, 2008), por o seu “papel de protecção” desaparecer aos seus olhos e aos da criança, perante a necessidade de fazer cumprir as decisões dos profissionais, detentores do saber, que parecem

ter, nesse momento, o controlo de toda a situação (Jorge, 2004). Além disso, soma-se a insegurança e ansiedade inerentes à problemática da criança e ao distanciamento dos restantes membros da família. A família/ figura tutelar “culpabilizam-se e interrogam-se sobre o que terá falhado na sua actuação” (Jorge, 2004, p.14), sendo necessária a disponibilidade dos enfermeiros para ouvir a família/ figura tutelar e a criança para que essas questões possam ser reformuladas e para que a família se organize dentro da nova situação e contexto (Jorge, 2004). A seguinte UR encontra-se intimamente vinculada a essa perspectiva:

“(…) [Na admissão, muitas vezes, os pais] (…) estão no limite, estão na exaustão (…) porque (…) se sentem falhados, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo (…) estas alterações que os miúdos apresentam, que (…) se calhar, não tiveram a atitude mais correcta (…) quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos (…) porque também não sabem como (…) intervir face aos comportamentos das crianças. (…) nós percebemos esta necessidade que eles têm (…) de (…) ter ali um espaço, (…) alguém que os ouça sem ser julgado (…)” (E4)

3.1.1.3.1. 2. Dimensão II: Saúde

No que diz respeito à “Dimensão II – Saúde” foram obtidas duas categorias que ajudam à compreensão do conceito de saúde no âmbito da UIPIA, sendo elas “Saúde/Doença Mental” e “Estigma” (Quadro 4).

Quadro 4 – GF / Dimensão II: Saúde

| DIMENSÃO II – SAÚDE | n | UE |
|----------------------------|---|----|
| Categoria | | |
| 2.1. Saúde/ Doença Mental | 3 | 6 |
| 2.2. Estigma | 2 | 2 |
| Total: | 4 | 8 |

Saúde/ Doença Mental

O conceito de saúde mental é de facto abordado por vários autores, parecendo não existir consenso quanto à sua definição. Segundo a OMS (2014) saúde mental é "um estado de completo desenvolvimento físico, bem-estar mental e social, e não meramente a ausência de doença (trad. do autor)". Por sua vez, “as tentativas de definições [de doença mental] têm sido dificultadas por diferentes teorias profissionais, normas culturais e avaliações subjectivas (trad. do autor)” (Honeyman, 2007, p.38), o que reforça a importância da definição destes conceitos no contexto específico da UIPIA. Para esta categoria – “Saúde/Doença Mental” – contribuíram três dos oito enfermeiros (E3, E6 e E8), todos eles EESM, com seis UR. Ao longo do GF,

os enfermeiros participantes parecem descrever a doença mental na infância e adolescência como a manifestação de comportamentos heterogêneos, desajustados ou de risco, que variam com a idade e que, habitualmente decorrem de perturbações do tipo emocional.

“(...) Alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento (...)” (E6)

“(...) o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco ou... não ouve, não escuta ninguém, ninguém consegue impor limites na relação (...)” (E6)

“(...) os miúdos ou estão isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (...)” (E6)

Para as perturbações do comportamento é descrita uma dificuldade na imposição de limites por parte da família/ figura tutelar, assumindo-se o internamento como uma alternativa quando a resposta no contexto comunitário não é suficiente.

“(...) eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação (...) que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! (...). Porque o eu ter é o eu ser (...)” (E6)

“(...) só sou internado (...) porque este acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (...)” E6 (E3 parece concordar)

Sequeira (2006) identifica também como capacidades da pessoa com saúde mental o facto de conseguir “(...) estabelecer relações ajustadas com o outro (...) [e de] participar construtivamente com o meio e o ambiente (...)” (p.19). O mesmo autor define ainda que a Saúde Mental “(...) não é só ausência de doença, ou de perturbações mentais, ou de alterações do comportamento (...) não é só a capacidade de adaptação sistemática do sujeito (...) implica (...) respostas adaptativas, embora inadaptação não signifique necessariamente Doença Mental.” (p.19). “A saúde mental na infância é tão importante como a sua saúde física para a sua saúde no geral e bem-estar (trad. do autor)” (Honeyman, 2007, p.39).

Estigma

Outra das categorias emergentes remete-se a uma questão associada a esta área de intervenção, ou seja, o “Estigma”. Para esta segunda categoria colaboraram dois dos oito participantes, um ECG e estudante do CMESMP (E4) e outro EESM (E8), com duas UR. “O estigma da doença mental, ansiedade e desesperança em torno do internamento pode criar barreiras para ganhar a confiança (trad. do autor)” (Mueller, 2009, p.25), pelo que se torna tão importante tê-lo presente, já que pode ajudar a aprimorar a IE.

As duas UR, que se referem a este aspeto do conceito de saúde mental, reforçam o impacto que o estigma pode ter em torno das expectativas da intervenção multidisciplinar a ser desenvolvida na UIPIA.

“(…) as expectativas [da criança e da família] muitas vezes estão inflamadas e (…) desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer (...)” (E8)

Turner e Liew (2010), citando Goffman (1963), referem-se ao conceito de “*courtesy stigma*” ou estigma por associação, como uma reação específica das pessoas que mantêm uma relação próxima com pessoas diagnosticadas com distúrbios psicológicos, como por exemplo, o cônjuge, os pais ou um familiar. “Os pais [das crianças com problemas psicológicos] podem estar menos propensos a procurar os serviços de saúde mental, por medo ou vergonha de ser percebido como tendo práticas parentais pobres (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.232). Esta perceção leva a que muitos pais reduzam a procura de serviços de apoio, procurando a resolução dos problemas sem o recurso a serviços específicos. Contudo, o estigma face aos serviços reduz após uma primeira experiência, revelando que nestas situações “(…) os pais relataram atitudes mais positivas em busca de ajuda, maior nível de intenções de busca de ajuda, e estigmatização menor do que os pais, sem experiência anterior com serviços de saúde mental (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.237).

O estigma é igualmente vivido pela própria criança, assumindo-se as experiências satisfatórias nos serviços e um conhecimento aprofundado sobre a saúde mental, como fatores que contribuem para a redução do estigma e desenvolvimento de atitudes positivas quanto à saúde mental (Chandra & Minkovitz, 2007). Num estudo de Eggleston e Mitchell-Lowe (2009) sobre as perceções da criança face a um internamento de pedopsiquiatria, através do recurso a entrevistas, foi possível concluir que quatro das nove crianças, alvo do estudo, abordam questões relacionadas com o estigma, sendo que uma das suas maiores preocupações está relacionada com o que os seus amigos podem pensar do seu episódio de internamento.

No contexto particular da UIPIA, o estigma associado ao internamento, poderá produzir grande impacto na prática de cuidados, na medida em que pode traduzir-se numa maior resistência aos projetos terapêuticos propostos, nomeadamente, às IE a desenvolver. É neste campo, que o enfermeiro assume um papel relevante de tornar claros os objetivos do internamento e desmistificar as ideias pré-concebidas da família/figura tutelar e criança.

3.1.1.3.1. 3. Dimensão III: Ambiente

Para a terceira dimensão – “Dimensão III - Ambiente” – foi identificada uma categoria, “Ambiente de Cuidados” que se remete às características da UIPIA (Quadro 5).

Quadro 5 – GF / Dimensão III: Ambiente

| DIMENSÃO III – AMBIENTE | n | UE |
|--------------------------------|---|----|
| Categoria | | |
| 3.1. Ambiente de Cuidados | 3 | 7 |

Para a categoria “Ambiente de Cuidados” contribuíram três participantes (E6, E7 e E8), todos eles EESM, com sete UR. Quanto ao ambiente da UIPIA, os enfermeiros referiram-se tanto às suas características físicas, como ao seu funcionamento e missão. Do ponto de vista físico, os enfermeiros participantes descrevem o internamento como um serviço fechado e, simultaneamente, acessível, com semelhanças a uma casa pela individualização que oferece.

“(…) aqui o espaço (…) tem um funcionamento de uma casa (…), está acessível (…) quer aos profissionais, quer às crianças (…) lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (…) muito mais impessoal (…)” (E7)

“(…) o facto de estar fechado [a UIPIA] (…) associam [crianças] (…) que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma medida protectora (…)” (E7)

Para um internamento de pedopsiquiatria, “espaço, luz, certo conforto, são condições de base (…) [e também] é necessário território ao ar livre. Os dormitórios devem ser pequenos e haver uma percentagem de quartos individuais” (Coimbra de Matos, 2012, p.45), o que parece suportar a expressão que traduz que a UIPIA se assemelha a uma casa. Algumas das vantagens descritas para o facto de a UIPIA ter as portas de acesso exterior fechadas podem estar relacionadas com a proteção contra visitas indesejadas e a prevenção de fugas (Bowers, Haglund, Jones, Simpson & Van der Merwe, 2009). Numa revisão da literatura realizada pelos mesmos autores sobre o uso de portas fechadas num internamento de psiquiatria, “alguns pacientes relatam que as portas fechadas dão à equipa o controlo necessário para prestar um atendimento eficiente [e] outros afirmam que acham que os familiares se sentem mais aliviados quando a porta está fechada (trad. do autor)” (Bowers et al., 2009, p.295, citando Haglund & Von Essen, 2005 e Sacks et al., 1982).

Por sua vez, no que diz respeito ao funcionamento da UIPIA, embora sejam planeadas algumas atividades do dia a dia da criança, segundo os enfermeiros participantes, esta diferencia-se, das outras unidades de cuidados, por não compreender uma rotina estruturada.

“(...) [A UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] não haver uma rotina muito estruturada (...)” (E8)

“(...) temos um misto entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um conjunto de rotinas que estão estruturadas, o horário das refeições, (...) a terapêutica, (...) dormir as x horas (...) [e o estabelecimento de uma relação].” (E8)

A “constância da actividade, da equipe e do ambiente ajuda o paciente a sentir-se seguro” (Stuart & Laraia, 2003, p. 743), o que parece justificar a opção por algumas rotinas mais estruturadas. Por outro lado, o facto de a criança ser descrita com tendo um comportamento imprevisível, pode justificar que o enfermeiro nem sempre consiga estruturar algumas das atividades do dia a dia.

Os enfermeiros participantes referem ainda que a UIPIA dá resposta a problemáticas de saúde mental em fase aguda, que requerem a vigilância permanente ao longo do dia, por uma equipa multidisciplinar, e cujo tempo de internamento é habitualmente curto.

“(...) o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais aguda, (...) que requer a vigilância vinte e quatro horas por dia (...)” (E7)

“(...) estamos a falar de internamento (...) de um período de tempo que é relativamente curto, comparativamente com (...) um acolhimento em ambulatório (...) no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e não está só comigo... Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (...)” (E6)

3.1.1.3.1. 4. Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem

Relativamente à última e quarta dimensão – “Dimensão IV - Cuidados De Enfermagem” – foram definidas sete categorias: “Processo de Enfermagem”; “Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação”; “Fenómenos da Relação Terapêutica”; “Gestão de Cuidados”; “Desenvolvimento Profissional”; “Ética e Deontologia Profissional”; e “Continuidade de Cuidados”, que facilitam a tradução e compreensão dos cuidados de enfermagem prestados na UIPIA.

Processo de Enfermagem

Para a primeira categoria – “Processo de Enfermagem” – foram identificadas cinco subcategorias, que têm correspondência direta com as cinco fases deste processo – “*Apreciação Inicial (Admissão)*”; “*Diagnóstico*”; “*Planeamento das Intervenções*”; “*Implementação das Intervenções*”; e “*Avaliação (Alta Clínica)*” (Doenges & Moorhouse, 2010). A esta categoria foram feitas 70 referências ao longo do GF, tendo colaborado sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG (E1), em que dois deles são também estudantes do CMESMP (E2 e E4), e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8) (Quadro 6).

Quadro 6 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Processo de Enfermagem

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | n | UE |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|----|
| Categoria | Subcategoria | | |
| 4.1. Processo de Enfermagem | 4.1.1. Apreciação Inicial (Admissão) | 5 | 11 |
| | 4.1.2. Diagnóstico | 3 | 5 |
| | 4.1.3. Planeamento das Intervenções | 5 | 14 |
| | 4.1.4. Implementação das Intervenções | 5 | 28 |
| | 4.1.5. Avaliação (Alta Clínica) | 4 | 12 |
| | Subtotal: | 7 | 70 |

Apreciação Inicial (Admissão)

Para a primeira subcategoria – “*Apreciação Inicial (Admissão)*” – participaram cinco enfermeiros, sendo que três eram EESM (E3, E7 e E8) e dois ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4), com 11 UR. Entre os principais aspetos que os enfermeiros participantes consideraram importantes documentar no momento da apreciação inicial, estão: o motivo do internamento, na perspetiva da criança e na da sua família; a atitude da criança e da família face ao internamento; o exame psiquiátrico do estado mental; a história de acompanhamento na área de psiquiatria da infância e adolescência; e, os antecedentes familiares.

A par disso, ao longo do GF parece ser unânime considerar-se a apreciação inicial como um momento fundador da RT com o cliente e sua família. A entrevista inicial reveste-se, assim, de grande importância (Phaneuf, 2005), constituindo-se como um momento para o enfermeiro “procurar estabelecer uma relação terapêutica com o [cliente], fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar informações pessoais” (Baker & Trzepacz, 2001, p.17).

“Eles precisam de um espaço para serem ouvidos” (E4)

Do discurso dos enfermeiros da UIPIA constata-se a importância que atribuem à entrevista inicial como momento privilegiado para a apresentação da unidade à criança e à família/figura tutelar, quer em termos físicos quer quanto à filosofia de cuidados. Nesse momento, o cliente e a família são encorajados a expor as suas dúvidas, os seus receios, tendo o enfermeiro o papel importante de acolhê-los e esclarecê-los, a fim de diluírem o estigma associado à área de Pedopsiquiatria.

“(...) ao apresentar o espaço (...) a equipa, (...) os outros jovens internados, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de pré-conceitos sobre a UIPIA] (...) se diluem (...) e falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (...)” (E4)

Diagnóstico

A segunda subcategoria – “*Diagnóstico*” – apresenta a compreensão da equipa de enfermagem quanto à segunda etapa do processo de enfermagem. Nesta subcategoria colaboraram três enfermeiros, dois EESM (E3 e E6) e um ECG (E1), com o menor número de UR da categoria (5).

Claramente existe na equipa uma dificuldade em nomear os diagnósticos de enfermagem específicos da área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, sendo que o E3 refere que para colmatar essa lacuna “tem que haver um trabalho (...) [de] investigação (...) [de] ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha (...)”. Essa dificuldade leva os enfermeiros da UIPIA a ajuizar os comportamentos do cliente como “adequado (...) [ou] manipulador” (E6), em vez de os classificar de acordo com uma terminologia de enfermagem comum. Estes acrescentam ainda que noutras unidades de internamento, a formulação de um diagnóstico torna-se mais facilitada, pelo facto de mobilizarem dados mais objetivos, parecendo transparecer a importância da utilização de instrumentos de avaliação ou escalas com vista à uniformização da avaliação do cliente.

Uma vez que “os diagnósticos de enfermagem proporcionam um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento, em uma tentativa de definição do papel e do domínio próprios do enfermeiro” (Carpenito, 1997, p.27), torna-se emergente a definição dos que são mais frequentes na UIPIA.

Planeamento das Intervenções

Na terceira subcategoria – “*Planeamento das Intervenções*” – são traduzidos os objetivos e resultados esperados pelos enfermeiros na UIPIA para as IE a desenvolver com base na apreciação inicial e nos diagnósticos de enfermagem formulados. Para esta subcategoria contribuíram cinco enfermeiros, sendo que três são EESM (E3, E6 e E8) e dois são ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4), com 14 UR.

No início da discussão, é evidenciada a dificuldade dos enfermeiros participantes na definição dos objetivos do internamento e quais as IE a desenvolver. Para a resolução desta dificuldade, é reforçada pelos mesmos a importância que o projecto terapêutico individual das crianças possa ser definido com os restantes profissionais da equipa, o que traduz a importância atribuída na UIPIA ao trabalho interdisciplinar.

“(...) este grau de dificuldade [de dizer o que fazemos] também se prende com esta dimensão dos resultados, do que é que se espera (...) porque isso varia muito de miúdo para miúdo...” (E3)

“(...) mas os miúdos vêm para cá para fazer o quê? (...)” (E6)

“(...) não é claro (...) qual é que é o objectivo da nossa intervenção neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (...)” (E8)

“(...) Consegue-se discutir e planear melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais (...)” (E6)

Hill-Smith, Taverner, Greensmith e Parsons (2012) corroboram com o referido afirmando que o trabalho interdisciplinar é indiscutivelmente revestido de grande importância para a prestação de cuidados com qualidade.

Gradualmente na discussão, talvez pela possibilidade que lhes estava a ser conferida para refletirem em conjunto sobre os objetivos do internamento, estes foram-se tornando mais claros para a equipa. Os objetivos referidos pela equipa passam essencialmente por promover o *insight* da criança acerca da sua problemática e das suas dificuldades e capacidades, nomeadamente, através do reconhecimento das suas emoções e sentimentos.

“(...) o meu objectivo (...) durante o internamento, é despertar aquela criança para a problemática dele (...) e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui, ter que ser continuado (...) que possas continuar a desenvolver uma relação desta natureza lá fora (...)” (E8)

“(...) Eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo consiga estar ao pé dos outros, consiga desenvolver actividades com os outros, que consiga tranquilizar-se à noite, que consiga identificar em si estados emocionais que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros (...)” (E6)

“(...) os objectivos em concreto (...) neste contexto (...) de internamento de agudos (...) passam muito por (...) suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes (...), o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações” (E8)

Implementação das Intervenções

A quarta subcategoria por sua vez corresponde à quarta etapa do processo de enfermagem – *“Implementação das Intervenções”*. Esta subcategoria é revestida de grande importância para os objetivos definidos para este estudo de investigação, já que ajuda a traduzir a compreensão atribuída pelos enfermeiros às IE desenvolvidas no dia a dia da UIPIA. Nesta etapa do processo de enfermagem participaram os mesmos cinco enfermeiros da etapa anterior (E2, E3, E4, E6 e E8), com o maior número de UR desta categoria (28).

No decorrer do GF, os enfermeiros referem-se a vários aspetos da IE, nomeadamente às atividades terapêuticas (AT), aos mediadores mobilizados e às formas de organização e uniformização das IE no seio da equipa. É evidenciado o contributo das AT na IE na UIPIA, reforçando a importância de estas terem que ter “mais em conta as necessidades de cada [criança] (...) e do grupo” (E2), do que se constituírem apenas como atividades ocupacionais, e irem ao encontro da intencionalidade terapêutica.

“(...) as actividades [terapêuticas] que realizamos podiam ter mais em conta as necessidades de cada um (...) [e] as necessidades do grupo, não serem actividades tão ocupacionais (...)” (E2)

“Mas isso [atividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo!” (E4)

As AT, contudo, não reúnem consenso da equipa quanto ao momento em que os objetivos terapêuticos são definidos, sendo que uns consideram que isso possa ser feito *a priori* e outros admitem a possibilidade destes só ficarem estabelecidos no decorrer da atividade, consoante a avaliação contínua da criança.

“Mas isso [atividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo!” (E4)

“(...) O que eu acho que acontece é que depois entramos (...) passa a ser actividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...) e há outras coisas que se pode trabalhar, isso [atividades ocupacionais/banais] realmente é um ganho, é um pequeno ganho, mas isso depois permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas. Eu acho que é quando chegamos a esse patamar (...) que, muitas vezes, não avançamos (...)” (E2)

“(...) eu posso (...) sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...). Para ter uma intervenção terapêutica (...) não preciso de ter uma coisa estruturada e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (...)” (E4)

“(...) tenho um objectivo definido [durante a reunião com os miúdos] (...) mas se calhar isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo que estou a ter com os miúdos...” (E4)

“(...) [A reunião com os miúdos] Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado como a E4 está a dizer. É mais espontâneo” (E3)

Em busca de uma resolução para esta diferença na perspetiva do planeamento das AT, os enfermeiros propõem a estruturação do dia a dia da UIPIA segundo oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas foram conceptualizadas pela equipa de enfermagem, antes do GF, com o recurso aos diferentes mediadores da relação (expressão plástica, movimento, cinema), com vista à formalização da IE. Contudo, estas ainda não tinham sido implementadas na prática na altura do GF. Segundo Coimbra de Matos (2012), as oficinas terapêuticas visam ensinar a criança a realizar um trabalho organizado, com o apoio psicológico necessário para o ajustamento do seu comportamento.

“(...) faz-me sentido que isto [estruturar os dias e semanas segundo oficinas terapêuticas] possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso (...) para aqui” (E4)

“(...) [Apesar de o enfermeiro saber o que fazer,] não sabe é como [fazer]...” (E4, E2 e E8 parecem não concordar), p.24

“(...) um caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia a dia aqui (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais «rotinada», (...) menos flexível, de todo (...)” (E8, E2 concorda), p.24

Outra das IE que a equipa considera ser desenvolvida na UIPIA é a de promover a “vivência de experiências” (E3) pelo contacto com as outras crianças internadas, no decorrer das AT. “A terapia de grupo proporciona às crianças e adolescentes a oportunidade de interagir (...) com os seus pares (...) [constituindo] um modo de aprender através das experiências dos outros” (Townsend, 2011).

“(...) às vezes [a IE] não passa tanto por os miúdos mentalizarem (...) passa muito pela vivência de experiências (...)” (E3)

“(...) o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivência de experiências reparadoras] (...) mais até (...) do que as intervenções individuais. Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos (...)” (E8)

“Temos experiências de miúdos que acederam à sua própria problemática (...) nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (...)” (E8)

À semelhança das intervenções em grupo, também as intervenções individuais assumem um carácter preponderante na IE nesta unidade, assumindo-se como momentos fundamentais para aprofundar o conhecimento acerca da criança.

“(...) as intervenções individuais (...) ajudam-me muito a conhecer o miúdo, também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (...)” (E3)

“(...) estarmos com o miúdo e podermos conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão formais às vezes (...)” (E3)

Em suma, a IE na UIPIA é pautada pela mobilização de intervenções, tanto em grupo como individualmente, com o recurso a mediadores, que promovam a vivência de experiências reparadoras e possibilitem à criança não só aceder à sua problemática mas também melhorar a consciência de si.

Avaliação Clínica

Para a última subcategoria desta categoria – “*Avaliação Clínica*” colaboraram metade dos enfermeiros participantes, sendo que um é ECG (E1) e três são EESM (E3, E6 e E8), com 12 UR. Do discurso dos enfermeiros participantes constata-se a sua dificuldade na avaliação da evolução clínica do cliente, e uma certa desvalorização daqueles que são os resultados da sua intervenção.

“(...) o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha (...) está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? (...) para quê? Para ir para casa? (...) porque já consegue comer (...) porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavrões (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas (...) sobre isto (...)” (E6)

“[Durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (...)” (E6)

“(...) acho que às vezes há determinados aspectos que (...) sabem-nos a pouco. Por exemplo, que um miúdo esteja integrado com (...) outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma actividade ocupacional daquelas banais (...) que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (...)” (E6)

Talvez esta percepção se possa traduzir pela evolução dos clientes com psicopatologia ser lenta e ocorrer em pequenas etapas, tal como referem Stuart e Laraia (2003). Os mesmos autores propõem que a avaliação de enfermagem deve ser um processo mútuo, baseada nos resultados esperados pelo enfermeiro, cliente e sua família; constituindo-se como um processo contínuo e ativo, que se inicia desde o momento da apreciação inicial do cliente até ao momento da sua alta clínica. Também, como já mencionado, a dificuldade dos enfermeiros em nomear e identificar os diagnósticos de enfermagem referentes aos clientes que prestam cuidados, parece ter repercussões ao nível da fase de avaliação clínica.

“É fundamental que os enfermeiros psiquiátricos tenham um modo sistemático e objetivo de verificar (...) quais foram os aspectos mais úteis dos cuidados (...) e que acções adi-

cionais (...) poderiam ter melhorado ainda mais o seu bem-estar” (Stuart & Laraia, 2003, p.217). Além do mais, essa deve consistir numa atividade que deve ser documentada pelos enfermeiros de modo a que possam demonstrar o valor das suas intervenções. Tal como os enfermeiros participantes expuseram no GF, talvez com o recurso a escalas possam apoiar a avaliação que elaboram sobre o cliente, tornando-a mais objetivável.

sendo o enfermeiro responsável pela concepção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação directa e indirecta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos (Conselho de Enfermagem, 2008, p.1).

Outro aspeto que os enfermeiros participantes ressaltaram, relaciona-se com a importância dos cuidados de enfermagem, após a alta clínica do cliente, darem continuidade às IE desenvolvidas durante o seu internamento na UIPIA.

“(...) é suposto que haja mais suporte para além do internamento (...)” (E3, E6 parece concordar parcialmente)

Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação

Outra das categorias que emergiu ao longo do GF dá visibilidade à IE na UIPIA através da RT estabelecida com o cliente, tendo sido denominada de “Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação”. Para esta categoria contribuíram cinco dos oito participantes (E1, E2, E3, E6 e E8), dois são ECG (E1), sendo que um é também estudante do CMESMP (E2), e três são EESM (E3, E6 e E8), com 12 UR (Quadro 7).

Quadro 7 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | n | UE |
|--|---|----|
| Categoria | | |
| 4.2. Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação | 5 | 12 |

Durante o GF, os enfermeiros participantes reforçam a importância que a RT assume no dia a dia da prestação de cuidados de enfermagem na UIPIA. É traduzível, ao longo das várias expressões, que a IE nesta unidade se desenrola com o recurso à RT que o enfermeiro estabelece com a criança internada, assumindo, segundo os enfermeiros participantes, um papel preponderante face a outras unidades de cuidados pediátricos.

“Cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a nível da parte relacional (...)” (E1)

“Pensar em intervenções neste serviço (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) que para nós é uma ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (...)” (E3)

“(...) a técnica que mais utilizamos eu acho que é a relação de ajuda [RT] (...)” (E3)

“(...) estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança] vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspectos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (...)” (E2)

Phaneuf (2005), referindo-se ao modelo de Carl Rogers (século XX) sobre a perspetiva humanista da relação de ajuda, reforça o carácter primordial da relação com o outro pelo facto de corresponder a uma ligação particular que tem influência profunda sobre o cliente. A relação com o outro “não é só um instrumento de cura” (Phaneuf, 2005, p.323) sendo que o contacto do cliente consigo próprio passa pela intervenção do enfermeiro, que o ajude “a descobrir o seu eu autêntico e as suas possibilidades” (Phaneuf, 2005, p.323). “É (...) no calor da relação que a pessoa pode desabrochar e, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento” (Phaneuf, 2005, p.323). Chalifour (2008) corrobora esta ideia, afirmando que o interveniente tem o “papel de “facilitador”, ajudando o cliente a aceder mais facilmente aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si, de modo a que se torne mais apto na gestão das dificuldades que vive” (p.10). As UR mencionadas pelos enfermeiros participantes parecem traduzir também a teoria de Peplau, que enfatiza o processo interpessoal ocorrido na interação entre o enfermeiro e o cliente (Belcher & Fish, 2000).

No contexto particular da UIPIA, cujos objetivos da intervenção passam pelo aumento na criança da consciência sobre si e sobre o desenvolvimento de respostas adaptativas aos seus problemas, a intervenção de natureza relacional parece de facto constituir o cerne da intervenção.

Fenómenos da Relação Terapêutica

Intimamente relacionado com a categoria anterior e dotado de grande importância para a prestação de cuidados de enfermagem em relação, emergiu a terceira categoria – “Fenómenos da Relação Terapêutica” –, dentro da qual se identificaram quatro subcategorias – “*Enfermeiro como Instrumento Terapêutico*”; “*Limites da Relação Terapêutica*”; “*Transferência e Contra-transferência*”; e “*Respostas emocionais durante a relação terapêutica*”. De entre as

várias categorias apresentadas, a categoria “*Fenómenos da Relação Terapêutica*” é a que contempla maior número de referências (73) e em que participou a totalidade dos enfermeiros envolvidos (8) (Quadro 8).

Quadro 8 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Fenómenos da Relação Terapêutica

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | n | UE |
|---------------------------------------|---|---|----|
| Categoria | Subcategoria | | |
| 4.3. Fenómenos da Relação Terapêutica | 4.3.1. Enfermeiro como Instrumento Terapêutico | 7 | 17 |
| | 4.3.2. Limites da Relação Terapêutica | 6 | 30 |
| | 4.3.3. Transferência e Contra-Transferência | 7 | 18 |
| | 4.3.4. Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica | 5 | 8 |
| | Subtotal: | 8 | 73 |

Esta categoria está intimamente relacionada com a primeira competência do RCEEESM⁹, que torna claro que “a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal (...) é central para a prática de enfermagem em saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica (...) condiciona os resultados esperados” (OE, 2010, p. 4).

Enfermeiro como Instrumento Terapêutico

Na subcategoria “*Enfermeiro como Instrumento Terapêutico*”, constam 17 expressões de sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8). Os enfermeiros reforçam que, durante a RT com as crianças internadas, o enfermeiro se mobiliza a si, assumindo-se como o próprio instrumento terapêutico.

“(...) [prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento (...)” (E3)

“[Ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é?” (E4)

O enfermeiro é detentor de características humanas, tal como o cliente, tornando-se determinante, para a qualidade da relação, que ele vá tomando consciência de si e das suas expectativas (Chalifour, 2008). Intimamente relacionado com o referido é, também, eviden-

⁹ “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010, p.4)

ciado pelos enfermeiros participantes a importância dos processos formativos e da Intervisão Clínica¹⁰ para o favorecimento do autoconhecimento do enfermeiro durante a RT.

“E isso [RT] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervisão (...), [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, (...) mas que naturalmente (...) [tem] impacto na forma como nós prestamos cuidados (...)” (E3)

“(...) a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...) [durante os] processos formativos (...) também nos ajuda (...) a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (...)” (E3)

Chalifour (2008) também afirma que “dado que a sua prática o leva a viver uma enormidade de emoções, pode acontecer que [o enfermeiro] sinta uma intensa necessidade de falar delas [pelo que] é desejável que encontre momentos precisos para o fazer, com os seus colegas (...)” (p.174). Kaye (2009) e Buckley (2010) corroboram a importância conferida aos momentos formativos, reforçando o seu impacto positivo na qualidade da prática de cuidados.

Por último, mas talvez com maior relevância para o objetivo do presente estudo de investigação, os enfermeiros, ao longo do discurso, evidenciam a heterogeneidade da IE na UIPIA, decorrente do facto de cada enfermeiro albergar em si um conjunto de características específicas e próprias que estão presentes na RT. Profundamente influenciado pela teoria de Peplau das relações interpessoais de enfermagem, Travelbee, em 1971, define o «uso terapêutico de si» como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem” (Townsend, 2011, p.122).

“[A intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] (...) flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia (...)” (E8)

“(...) se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos (...)” (E6)

“(...) continua a haver uma flutuação muito grande [na IE] (...) de turno para turno, e na presença desta ou daquela pessoa (...)” (E8)

“(...) eu tenho uma forma de actuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes...” (E2)

¹⁰ O conceito de Intervisão Clínica foi introduzido, no contexto da prática de cuidados na UIPIA, por via do enfermeiro-chefe. Surgiu mediante a necessidade do corpo clínico de enfermagem criar um espaço, não apenas físico como também temporal, orientado para a reflexão colectiva sobre a natureza das suas práticas.

Limites da Relação Terapêutica

Noutra das subcategorias denominada de “*Limites da Relação Terapêutica*”, os enfermeiros abordam as suas dificuldades em permanecer na “dimensão terapêutica” (E3) da relação que estabelecem com a criança, assumindo a presença de limites na relação. Nela participam seis enfermeiros, três são ECG (E1), em que dois são também estudantes do CMESMP (E4 e E5), e três são EESM (E3, E6 e E7). Essencialmente, é identificado como limite o facto de os enfermeiros nem sempre estarem disponíveis para a RT.

“(…) [prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo (…)” (E3)

“(…) é possível estar sempre em relação, difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica…” (E3)

“(…) acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno (...). Mesmo na tua hora de almoço...” (E5)

Phaneuf (2005) reforça que para o estabelecimento de uma RT com a pessoa, a enfermeira “(…) tem a necessidade de um pouco de tempo e de um pouco de presença de espírito, coisas de que nem sempre dispõe” (p.325). Neste sentido, o enfermeiro “deve estar consciente dos seus limites pessoais e profissionais e, sempre que necessário, aceitar dirigir o cliente para um outro profissional que esteja em melhores condições para o ajudar” (Chalifour, 2009, p. 85). Esta necessidade é igualmente reconhecida pelos enfermeiros participantes do GF que reforçam a possibilidade de serem substituídos por outro colega, quando é atingido o seu limite pessoal ou profissional na relação com a criança.

“(…) nos miúdos com alterações do comportamento... Quando estamos (...) com eles no quarto de isolamento... e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (...)” (E4, P3 parece concordar)

“(…) [ao sair um pouco «de cena»] se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação (...)” (E3)

“[Sair um pouco «de cena» é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa [enfermeiro] é a possibilidade de fazer diferente.” (E5)

“(…) nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco (...), «agora não vou estar contigo, mas não te abandono (...)» e eu acho que [a saída «de cena»] (...) tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós (...)” (E3)

Transferência e Contra-transferência

Para a terceira subcategoria – “*Transferência e Contra-transferência*” – foram tidas em conta as expressões que remetem para os fenómenos de transferência e contra-transferência decorrentes da RT. Nesta subcategoria colaboram 7 enfermeiros, em que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8), com 18 UR.

A transferência e a contra-transferência ocorrem numa RT, pelo que é determinante que o enfermeiro, tal como em outros fenómenos, tome consciência da sua presença e tome as medidas necessárias para geri-los (Phaneuf, 2005). A transferência consiste num processo vivido pelo cliente em que este transfere padrões de relacionamento presentes ou conflitos do passado para a relação com o enfermeiro. Por sua vez, a contra-transferência é uma reação vivida pelo enfermeiro perante processos transferenciais do cliente. Nas diferentes expressões é evidenciada a importância conferida pelos enfermeiros participantes à gestão dos processos transferenciais, vividos pela criança, e dos processos contra-transferenciais, vividos pelo enfermeiro, que sucedem na RT na UIPIA.

“(…) [prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (…)” (E3)

“Estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas” (E5)

“(…) ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes (…)” (E6)

“Isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (…). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte!” (E3, E6 e E8 parecem concordar)

“(…) A questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...) Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam... [de determinadas características nos enfermeiros] (...) é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) [é] porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho?” (E6)

Tal como é defendido por Phaneuf (2005), também os enfermeiros participantes concordam com a possibilidade do enfermeiro se “retirar” momentaneamente do *setting* terapêutico, quando sente que não está a ser capaz de gerir os fenómenos de transferência/ contra-transferência presentes na RT.

“(…) sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa (...) dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecermos, também, aquilo que estamos a sentir (...)” (E3) (E4 parece concordar)

Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica

Para a quarta e última subcategoria – “*Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica*” – foram agrupadas as expressões relativas às emoções vividas e sentimentos identificados pelo enfermeiro durante a interação com a criança. Para esta subcategoria contribuíram cinco enfermeiros, dois são ECG (E1), sendo que um é também estudante do CMESMP (E5), e três são EESM (E3, E6 e E7) com oito UR, sendo a subcategoria que tem menor número de enfermeiros envolvidos e menor número de UR dessa categoria (Fenómenos da Relação Terapêutica).

Ao longo do discurso, os enfermeiros participantes identificam a culpa, a preocupação, o cansaço, a zanga e a rejeição como alguns dos sentimentos que ocorrem na RT com a criança.

“(...) essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande (...)” (E3)

“(...) [a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também (...) uma zanga... [no enfermeiro] porque (...) nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde (...)” (E6)

“(...) [Na relação com os miúdos] sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (...)” (E7)

A palavra «emoção» tem origem na palavra latina *emotione*, cujo significado é o de movimento, comoção, ato de mover, o que parece estar associado à nossa intenção de ação (Sociedade de Língua Portuguesa, 1990). Phaneuf (2005) define a emoção como “um estado afectivo comportando sensações agradáveis ou desagradáveis, de curta duração, suscitadas interiormente por um pensamento, ou exteriormente por uma situação que nos marca” (p.205). A sua expressão verbal é traduzida num sentimento, que é um estado afetivo complexo, profundo, associado às representações da realidade externa e interna da pessoa (Damásio, 2004; Phaneuf, 2005). Mercadier (2004) reforça que o sentimento é expresso através da linguagem, ao contrário da emoção que se reporta ao domínio não-verbal. Cada uma das expressões dos enfermeiros reporta-se a sentimentos desagradáveis que os mesmos identificam como presentes na relação, parecendo reconhecerem o impacto que estes têm em si e no seu desempenho.

A prestação de cuidados ocorre habitualmente em contextos onde o sofrimento físico e as emoções de medo e angústia são frequentemente vividos pelo cliente, tornando-se a enfer-

meira num alvo sensível a experimentar também alguns destes sentimentos desagradáveis (Phaneuf, 2005). A prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental, que é essencialmente traduzida por problemas de natureza emocional, parece revestir-se de uma maior intensidade de emoções e sentimentos desagradáveis. Tal como se percebe das expressões dos enfermeiros participantes, o enfermeiro que trabalha neste contexto fica mais exposto a estas situações, eventualmente, desagradáveis. Phaneuf (2005) descreve que o enfermeiro pode viver “(...) sentimentos intensos de tristeza, de frustração, de impotência, ou mesmo de culpabilidade” (p. 184), o que de certa forma corresponde a alguns dos sentimentos vividos pelos enfermeiros na UIPIA.

Ao longo desta categoria, foi explorada a importância dos aspetos relativos ao auto-conhecimento para a prestação de cuidados, em RT, no âmbito da saúde mental. Intimamente relacionado com o facto do enfermeiro se mobilizar como instrumento terapêutico, Chalifour (2008) refere que:

é essencial que [o enfermeiro] tenha elevados conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos (p. 23).

Gestão dos Cuidados

Na quarta categoria da “Dimensão IV – Cuidados de Enfermagem”, é ainda dada evidência aos aspetos relacionados com a “Gestão de Cuidados” na UIPIA. Sendo que foram estabelecidas duas subcategorias – “*Enfermeiro de Referência*” e “*Milieu Terapia*” – que representam, à luz do referido pelos enfermeiros, dois métodos de trabalho possíveis de desenvolver na UIPIA. Contudo, a opção por um desses métodos parece não ser unânime entre aqueles que contribuíram para as 30 UR referentes a essa categoria, designadamente seis enfermeiros - dois ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4) e quatro EESM (E3, E6, E7 e E8) (Quadro 9).

Quadro 9 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Gestão de Cuidados

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | n | UE |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|----|
| Categoria | Subcategoria | | |
| 4.4. Gestão de Cuidados | 4.4.1. Enfermeiro de Referência | 5 | 12 |
| | 4.4.2. <i>Milieu</i> Terapia | 4 | 18 |
| | Subtotal: | 6 | 30 |

Enfermeiro de referência

Relativamente ao método por “*Enfermeiro de referência*”, dos cinco enfermeiros que discutiram esse tema, num total de 12 expressões, dois parecem concordar incondicionalmente com o uso desse método na UIPIA (E2 e E7); dois discordar (E6 e E8), mencionando que esse método não é a “melhor metodologia para funcionar” (E6) num contexto de internamento de agudos; e, um dos enfermeiros (E3) diz que como enfermeiro de referência “levantam-se muitas questões na intervenção com os miúdos” (E3), mostrando-se ambivalente. Para este enfermeiro, o método por enfermeiro de referência, embora remeta para um tipo de relação mais formal com o cliente, faz sentido para as crianças que necessitem de viver as suas angústias na relação dual.

“(…) há miúdos que precisam muito (...) [da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (...)” (E3)

No método por enfermeiro de referência, ou por enfermeiro responsável, cada cliente é atribuído a um enfermeiro que detém a responsabilidade pela estruturação e definição do projeto terapêutico em articulação com a restante equipa multidisciplinar. A cada enfermeiro são, usualmente, atribuídos três ou quatro clientes, sendo responsável pela recolha de dados, pelo diagnóstico e planeamento das IE, pela implementação dessas intervenções durante o seu turno de trabalho, assim como pela transmissão dos dados importantes sobre o cliente aos enfermeiros associados e pela avaliação dos resultados obtidos (Costa, s.d). Desta forma, o mesmo autor afirma ser mais respeitada a individualização e humanização dos cuidados de enfermagem.

“não podemos querer que ele [criança] trabalhe as questões com toda a gente (...) pode ser muito invasivo e muito intrusivo” (E2)

Como característica distintiva dos outros modelos de prestação de cuidados de enfermagem¹¹, o método por enfermeiro de referência pretende a centralização da tomada de decisão (Dionne, Moussette, Serralheiro & Struelens-Galant, 1987, citados por Costa, s.d). Todavia, essa responsabilidade apenas pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente competente (Pinheiro, 1994, citado por Costa, s.d).

Na impossibilidade do enfermeiro de referência estar sempre de serviço, este deve trabalhar em associação com outros enfermeiros que o substituem nas suas ausências (Costa, s.d),

¹¹ Individuais, funcionais ou em equipa (Costa, s.d).

o que parece responder à questão colocada por E6 quando refere que “temos que ser pragmáticos (...) se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre, (...) então como é que eu faço isso?”.

Milieu Terapia

Sobre a *Milieu Terapia* pronunciaram-se metade dos enfermeiros envolvidos no GF, sendo que três são EESM (E3, E6 e E8) e um é ECG e estudante do CMESMP (E4), parecendo todos concordar com uso do *setting* terapêutico na UIPIA. Importa salientar que, da categoria anterior, verifica-se que o E3 acolhe tanto o método por enfermeiro responsável como a *Milieu Terapia* na sua prática clínica, pelo que se considera ser possível o uso de ambos num mesmo contexto de cuidados.

A *Milieu Terapia* trata-se de um fenómeno importante na área de Saúde Mental (Peplau, 1952, Gunderson, 1978, Geanellos, 2000, citados por Hoem & Vatne, 2007). O termo «*Milieu*» consiste numa palavra francesa que significa ambiente, aquilo que nos rodeia. A *Milieu Terapia* (*Milieu Therapy* ou ambiente terapêutico) pretende a manipulação do ambiente de cuidados de modo a que a experiência do cliente, no meio hospitalar, seja considerada terapêutica, provocando mudanças comportamentais e a melhoria ao nível da sua saúde psicológica e do seu funcionamento (Skinner, 1979, citado por Townsend, 2011).

A *Milieu Terapia* adapta-se à UIPIA por obedecer a uma abordagem de cuidados a curto prazo. Nesse meio, existe a oportunidade de o enfermeiro executar intervenções terapêuticas, *in loco*, ao cliente, de modo a promover a sua socialização. É, desse modo, atribuído ênfase às suas capacidades sociais e atividades no âmbito das interações interpessoais (Echternacht, 2001, citados por Townsend, 2011).

Apesar da *Milieu Terapia* ser dirigida pela equipa multidisciplinar, no hospital os enfermeiros são habitualmente os únicos que passam vinte e quatro horas por dia junto dos clientes, pelo que têm a responsabilidade pela sua gestão.

Entre as suas principais vantagens, os enfermeiros que participaram no GF argumentam que a estrutura da *Milieu Terapia* permite diminuir as “flutuações individuais subjectivas” (E8) durante a relação entre o enfermeiro e o cliente, que surgem do facto de os enfermeiros serem pessoas diferentes. Além disso:

“(…) qualquer um de nós [enfermeiros] tem maturidade profissional suficiente (…) para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, que alinhe em continuidade com o que o outro deixa feito… independentemente de eu estabelecer uma relação (…) de forma diferente do que E3 (…)” (E8)

“(…) e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (…) à noite… criar um ambiente mais tranquilo (…) mas isto tanto faz o Joaquim, o Manuel como a Maria (…). Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (…) que todos o consigam fazer (…)” (E6)

Apesar da individualidade de cada enfermeiro, os resultados estabelecidos para o cliente devem ser considerados de igual modo por toda a equipa de enfermagem, sendo “esperado que o ambiente em si, que o meio, que as pessoas” (E6) promovam a concretização desses objetivos. Esse ambiente deve ser ótimo em experiências novas “diferentes [e] reparadoras” (E3), um “ambiente de *holding*” (E3) que permita aos clientes, numa “perspetiva vivencial” (E3) viverem determinadas situações que eram muito difíceis antes de serem internados.

“(…) vai entrar como métodos de trabalho (…) não é (…) trabalhar à tarefa (…). É fundamental (…) haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição (…) com aquela família, ou com alguém da escola (…) quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvolver estas articulações (…) mas eu acho que isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica (…) os espanhóis chamam… o enfermeiro de ligação é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (…) trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a receção (…). O facto de trabalharmos (…) como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (…) possam estabelecer relações privilegiadas” (E6)

Desenvolvimento Profissional

Outras das categorias emergentes – “Desenvolvimento profissional”, reporta-se ao papel autónomo do enfermeiro na IE à criança e família/ figura tutelar na UIPIA. Sobre essa categoria foram feitas oito referências, por quatro participantes, dos quais três eram EESM (E3, E6 e E8) e um era ECG e estudante do CMESMP (E4) (Quadro 10).

Quadro 10 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Desenvolvimento Profissional

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | n | UE |
|--------------------------------------|---|----|
| Categoria | | |
| 4.5. Desenvolvimento profissional | 4 | 8 |

Todos os enfermeiros que contribuíram para as UR desta categoria assumem que na UIPIA a IE é mais autónoma do que em outras áreas de cuidados.

“(…) [Na UIPIA, o trabalho de enfermagem é muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (…)]” (E8)

“(...) [O enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta (...)” (E8)

Segundo o REPE (OE, 2012), tal como já foi referido, os cuidados de enfermagem incluem intervenções autónomas e intervenções interdependentes¹², que são realizadas pelo enfermeiro de acordo com as respectivas qualificações profissionais. Com particular interesse para a presente categoria, importa salientar que as intervenções autónomas consistem em “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...) seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação e na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 2012, p.18).

A autonomia do cuidado de enfermagem tem vindo, nos últimos 15 anos, a ganhar ênfase no seio da prestação de cuidados à população, nomeadamente, através da criação da OE, em 1998, e da formalização do trabalho do enfermeiro através da elaboração de documentos como o REPE, o CDE e os PQCE. A autonomia profissional encontra-se ainda proporcionalmente relacionada com o crescente número de enfermeiros licenciados, mestres e doutores, que têm ajudado a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população (Ribeiro, 2011a). “Através da ampliação da participação, a enfermagem está se tornando mais competente e responsável, dando à enfermeira mais independência” (Belcher & Fish, 2000, p.52).

O atual Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIE-CE) corrobora e reforça os objetivos do Modelo de Desenvolvimento Profissional – MDP, de entre os quais se enfatiza a promoção da autonomia do enfermeiro nos percursos de desenvolvimento profissional, “reconhecendo-o por processos de validação de competências para efeitos de posicionamento no programa formativo proposto pelos Colégios da Especialidade” (CE, 2009, p.5). O crescente número de EESM na UIPIA poderá estar a contribuir para que os enfermeiros reconheçam a sua intervenção como mais autónoma, já que que estas intervenções estão nomeadas e identificadas no RCEEESM.

“(...) a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta? Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás.” (E8)

¹² “Acções realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum” (OE, 2012, p.18).

Ética e Deontologia Profissional

Quadro 11 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Ética e Deontologia Profissional

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | n | UE |
|---|---|----|
| Categoria | | |
| 4.6. Ética e Deontologia Profissional | 1 | 1 |

Nesta categoria – “Ética e Deontologia Profissional” – um dos enfermeiros, EESM (E8), faz referência à acrescida responsabilidade da intervenção dos enfermeiros da UIPIA relativamente às crianças que são internadas na unidade (Quadro 11), pelo facto de os seus familiares/ figura tutelar não se encontrarem em permanência na UIPIA. Isto faz com que os enfermeiros assumam o papel de “responsáveis diretos” (E8). A responsabilidade, sendo uma questão de ordem ética e deontológica, apresenta-se em dois sentidos. Numa primeira instância, diz-se responsável aquele que tem a responsabilidade dos seus atos; por outro lado, num sentido mais lato, a verdadeira responsabilidade consiste no que se exerce a respeito de alguém ou alguma coisa mais frágil, que nos é confiada por outro. “A ideia de “tomar a cargo” é absolutamente central: algo ou alguém “tem de ser posto à minha guarda, sob a minha protecção” (Aeschlimann, s.d, citado por Nunes, 2008). Cada enfermeiro assume um compromisso de cuidado, ao tornar-se profissional (mais concretamente, ao inscrever-se na OE), responsabilizando-se pelo outro, que se lhe entrega e se confia ao seu cuidado, e que pode ser uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Nunes, 2008). Ora na UIPIA, a família/ figura tutelar colocam a criança à guarda e protecção da equipa, atribuindo-lhes essa responsabilidade.

Contudo, no contexto da UIPIA, esta responsabilidade acresce muito “em termos de peso da nossa intervenção concreta” (E8), já que, para além dos diferentes papéis assumidos pelo enfermeiro, entre eles o papel de terapeuta de resolução da problemática que motivou o internamento da criança, tem ainda o papel de garantir que a criança se mantém a cuidar de si ou então de cuidar dela, sempre que esta mostre não ser capaz de o fazer, tal como os seus pais fariam se a criança estivesse à sua responsabilidade.

no meio terapêutico, os enfermeiros são responsáveis por assegurar que as necessidades fisiológicas dos clientes são satisfeitas [sendo que] os clientes devem ser encorajados a agir tão independentemente quanto possível na realização das actividades de vida diária. (...) A avaliação do estado físico é uma responsabilidade importante da enfermagem que não deve ser descuidada num *setting* psiquiátrico que enfatiza o cuidado holístico (Townsend, 2011, p.204).

Continuidade dos Cuidados

Por último e revestida de grande importância para a problemática em discussão, surge a sétima e última categoria, denominada de “Continuidade dos Cuidados”, que procura essencialmente, apresentar a representação da equipa face a duas importantes atividades do dia a dia dos enfermeiros, isto é a “*Passagem de Turno*” e a “*Documentação dos Cuidados*”. Esta categoria apareceu ao longo do discurso da equipa por 33 vezes, envolvendo quatro participantes, três EESM (E3, E6 e E8) e um ECG e estudante do CMESMP (E4) (Quadro 12).

Quadro 12 – GF / Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem – Continuidade dos Cuidados

| DIMENSÃO IV – CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | n | UE |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|----|
| Categoria | Subcategoria | | |
| 4.7. Continuidade dos Cuidados | 4.7.1. Passagem de Turno | 3 | 10 |
| | 4.7.2. Documentação dos Cuidados | 4 | 23 |
| | Subtotal: | 4 | 33 |

Passagem de Turno

Ao longo das 10 UR sobre a passagem de turno, dos três EESM que colaboraram, é traduzida a preocupação dos enfermeiros da UIPIA em assumir esse momento como um espaço de partilha da informação relevante sobre o cliente, para que o colega do turno seguinte possa dar continuidade à IE.

“(…) o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (…)” (E6)

“(…) eu tento sempre, quando estou a passar o turno (…) transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança (…)” (E8)

Instala-se, desta forma, a questão de como transmitir esses dados sem que sejam deturpados, uma vez que a comunicação efetiva durante a passagem de turno consiste numa componente fundamental para a prática clínica pois contribui para uma cultura de segurança e para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012).

“(…) já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (…) não tem nada a ver com o sentido (…) com o que depois o colega foi pegar e falou (…)” (E3)

Para além de favorecer a continuidade de cuidados, a passagem de turno é entendida pelos enfermeiros participantes como um momento de reflexão da prática, podendo constituir-se como um espaço informal de intervenção clínica¹³.

“(...) [nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...) temos muita necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo, ainda que num registo escrito isso não apareça (...)” (E3)

A passagem de turno consiste num momento de reunião da equipa de enfermagem, almejando assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação sobre o cliente. Desse modo, contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/ em situação (Parecer CJ/20, 2001). De facto, a passagem de turno trata-se de um momento de grande cumplicidade, no qual os enfermeiros podem refletir sobre a sua prática clínica, o que pode gerar mudanças de comportamento e atitudes, por vezes não conscientes, que promovem o desenvolvimento pessoal e profissional (Carneiro et al., s.d, citado por Ferreira, Luzio e Santos, 2010). Entre a informação pertinente para a continuidade de cuidados, geralmente, consta o diagnóstico do cliente, os procedimentos realizados, o plano de cuidados e outros tópicos de discussão sobre a avaliação clínica efetuada sobre o cliente (Caruso, 2007, citado por Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012). Contudo, na UIPIA, a natureza dos cuidados prestados ao cliente centra-se, como já foi referido, sobretudo na RT - “a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece” (Townsend, 2011, p.120), pelo que os enfermeiros têm a necessidade de transmitir muito do que vivem nessa relação. “A reflexão sobre a acção é essencial para os profissionais de saúde mental [e psiquiatria], na medida em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si como a forma como é experienciada” (Schon, 1983, citado por Harrison & Taylor, 2010, p.288).

Documentação dos Cuidados

Os quatro enfermeiros, que investiram na compreensão da *Documentação de cuidados* na UIPIA, afirmam numa fase inicial da discussão que a documentação de enfermagem realizada não dá visibilidade à prática de cuidados na UIPIA.

“(...) [no RE] faço uma tentativa de (...) pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem (...) muito pouco (...). É um momento

¹³Consiste num “círculo restrito de reflexão” (Garrido, 2005).

(...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai muito nesta coisa do comportamento adequado e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chavões...” (E3)

“(...) acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade” (E4)

A documentação de enfermagem acarreta, assim, um campo alargado de funcionalidades “que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade de cuidados (...), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007, p.1). Além disso, sendo os RE a base de toda a metodologia de trabalho em enfermagem, estes são também importantes para que os enfermeiros consigam dar visibilidade ao seu desempenho e reforçar a sua autonomia, bem como a sua responsabilidade profissional (Dias et al, 2001, citados por Martins et al, 2008).

Como principais lacunas da documentação de enfermagem, os enfermeiros da UIPIA abordam a pouca objetividade dos seus registos, que decorre, muitas vezes, do facto de a IE também não se encontrar estruturada. Esta maior consciência sobre a possibilidade dos RE não cumprirem os objetivos para que foram estruturados, reforça a importância da sua formalização, nomeadamente, através da implementação de uma linguagem de enfermagem classificada comum que ajude a uniformizar os diagnósticos e as IE.

3.1.1.3.2. Conclusões do Grupo Focal – Modelo Conceptual

Durante a análise de conteúdo do discurso dos enfermeiros e de entre as diferentes escolas de pensamento em enfermagem existentes, aquela que melhor parece ir ao encontro das categorias identificadas é a escola das interações, em que a interação enfermeiro-cliente é central no decurso da IE. O facto de essa interação promover o crescimento quer do enfermeiro, quer do cliente parece convergir especificamente com a teoria de Hildegard Peplau.

Relativamente ao primeiro conceito do metaparadigma apresentado, correspondente à “Dimensão I - Pessoa”, Peplau define «pessoa» como um homem que «luta» à sua maneira para reduzir a tensão gerada pelas suas necessidades (Belcher & Fish, 2000). Na UIPIA o alvo central da IE trata-se da criança, que na procura de alívio do seu sofrimento emocional, desenvolve respostas adaptativas únicas. Esta definição parece ajudar a traduzir o comportamento imprevisível da criança, descrito pelos enfermeiros participantes, que consideram na sua prática clínica as necessidades e características específicas de desenvolvimento de cada criança. Apesar de Peplau não se referir à família na definição do conceito de «pessoa», esta

acaba por ser considerada ao longo da sua teoria. Na UIPIA a IE abrange também a família/figura tutelar da criança, pela compreensão dos enfermeiros participantes de que o sofrimento da criança é extensível à família/figura tutelar.

No que respeita ao segundo conceito do metaparadigma e “Dimensão II – Saúde” da análise de conteúdo, “Peplau define *saúde* como (...) um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária” (Howk, 2004, p.429). Na UIPIA, a saúde mental da criança traduz-se, essencialmente, pela estabilidade emocional, por um comportamento que deve ser ajustado à idade e pela capacidade em estabelecer relações interpessoais positivas, aspetos fundamentais para a criança continuar a desenvolver-se no sentido de uma “vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária”.

A “Dimensão III – Ambiente” refere-se a um dos conceitos do metaparadigma que foi implicitamente definido por Peplau como “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura” [(Peplau, 1952)], a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos” (Howk, 2004, p.429). A sua teoria não analisa a vasta variedade de influências ambientais sobre a pessoa (George, 2000), no entanto Peplau define como condição susceptível de conduzir à saúde, a relação interpessoal (Howk, 2004).

A relação interpessoal sucede diariamente no quotidiano da pessoa, podendo assumir-se como parte que integra o ambiente onde esta apreende e se desenvolve. Também durante o internamento, através do método de trabalho de *Milieu* Terapia, é esperado que a criança adquira estratégias adaptativas e a capacidade de se relacionar com os outros, com o objetivo desta poder generalizar essas aprendizagens para os diferentes aspetos da sua vida. É neste sentido que o enfermeiro, durante a prestação de cuidados, deve considerar, os aspetos como a cultura, os costumes e as crenças da criança, de modo não só a favorecer a sua adaptação ao meio hospitalar (Belcher & Fish, 2000) como ainda a promover o seu desenvolvimento e crescimento (Townsend, 2011). Ao longo da análise dos dados, os enfermeiros participantes fazem referência às características físicas do internamento, ao seu funcionamento e missão, como aspetos do ambiente que também influenciam a adaptação da criança à UIPIA e têm impacto sobre a IE desenvolvida.

Relativamente à “Dimensão IV – Cuidados de Enfermagem”, Peplau considera a «enfermagem» como “um processo interpessoal significativo, terapêutico” (Peplau, 1988,

citado por Belcher & Fish, 2000, p.51), uma concepção que a UIPIA igualmente, absorve. Talvez seja nesta categoria, que a teoria de Peplau mais se aproxima do discurso oral dos enfermeiros. Esta teórica apresenta uma sequência de fases da relação enfermeiro-cliente, designadamente: a orientação, identificação, exploração e resolução, que apesar de serem independentes, se sobrepõem (Howk, 2004), assim como acontece no Processo de Enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2010). Algumas semelhanças poderão ser consideradas entre essas duas estruturas, pois ambas são “sequenciais e enfocam as interações terapêuticas” (Alligood & Tomey, 2004, p.51). Além disso, ambas permitem uma definição mais clara do problema do cliente e a identificação das suas necessidades específicas; enfatizam o uso da técnica de resolução de problemas, pelo enfermeiro, em colaboração com o cliente, com o objetivo de se preencher as necessidades do cliente; e usam a observação, a comunicação e a documentação dos dados como instrumentos básicos para a prática de enfermagem (Belcher & Fish, 2000).

Na fase de orientação, o cliente e/ou a família apresentam uma «necessidade sentida» e procuram a ajuda de um profissional que colabora com os mesmos na análise da situação, de modo a que juntos possam reconhecer e compreender o problema existente. “Estabelece-se um vínculo entre a enfermeira e o [cliente] que continua a ser fortalecido enquanto as preocupações estão sendo identificadas” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Esta fase encontra-se relacionada com a fase de apreciação inicial, do processo de enfermagem, que se reveste de grande importância como momento fundador da RT com o cliente e sua família (Phaneuf, 2005). Quando o cliente esclarece a sua «necessidade sentida», inicia-se a fase de diagnóstico, do processo de enfermagem que, para Peplau consiste numa “declaração resumida baseada na análise da enfermeira” (Belcher & Fish, 2000, p.52).

Na fase de identificação o cliente identifica-se com a pessoa que considera que o pode ajudar (Howk, 2004), o que implica um relacionamento terapêutico mais consistente. O cliente começa a ter a sensação de ser capaz de lidar com o seu problema, diminuindo os seus sentimentos de desesperança em detrimento de uma atitude mais otimista. A fase de identificação relaciona-se com a fase de planeamento das intervenções, do processo de enfermagem, em que as metas são estabelecidas pelo enfermeiro e o cliente. Do GF, entende-se que na UIPIA esta fase possa ser também reforçada pelo contributo dos restantes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar.

“Durante a fase de exploração, o [cliente] tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação” (Howk, 2004, p.426). Ele sente-se já parte integrante do processo de ajuda, dando início ao controlo da situação. Através da sua autodeterminação, o cliente desenvolve, progressivamente, a responsabilidade sobre si mesmo, crendo nas suas potencialidades e direcionando-se para a sua independência e autocompetência. O cliente pode assumir, temporariamente, um papel dependente em relação ao enfermeiro, enquanto tem a necessidade simultânea de independência. “A enfermeira deve encorajar o [cliente] a reconhecer e explorar os seus sentimentos, emoções e comportamentos, proporcionando (...) um clima emocional terapêutico” (Belcher & Fish, 2000, p.49), através da mobilização de intervenções, tanto em grupo como individualmente, com o recurso a mediadores, que promovam a vivências de experiências reparadoras e que possibilitem à criança não só aceder à sua problemática mas também melhorar a consciência de si, conforme se conclui da análise do GF. Para Peplau esta fase corresponde à fase de implementação das intervenções do processo de enfermagem, em que o plano de cuidados decorre em direção aos objetivos estabelecidos, entre o enfermeiro e o cliente e/ou família.

Por último, a fase de resolução constitui “um processo no qual o [cliente] se liberta da identificação com a enfermeira” (Howk, 2004, p.427), sendo as suas necessidades preenchidas. Em certos casos, o enfermeiro e o cliente apresentam dificuldade em dissolver esses laços, sendo que a tensão aumenta se não houver um término da RT bem sucedido. Esta fase encontra-se intimamente relacionada com a fase de avaliação, do processo de enfermagem, que se baseia, segundo Peplau, nos comportamentos que são mutuamente esperados pelos intervenientes da RT.

Para Peplau a enfermagem “é terapêutica por ser uma arte curativa (...) pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum” (Belcher & Fish, 2000, p.46). Nesse processo interpessoal, o enfermeiro mobiliza-se como instrumento terapêutico, o que determina, para além do desenvolvimento do cliente, que o enfermeiro também se desenvolva, quer do ponto de vista profissional, quer pessoal. “A enfermagem é um processo interpessoal, e tanto o [cliente] quanto a enfermeira têm partes igualmente importantes na relação terapêutica” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Cada pessoa, durante o processo interpessoal, é influenciada pela sua própria cultura, valores, crenças, sentimentos, ideias pré-concebidas e experiências anteriores, o que determina que os indivíduos desenvolvam reações diferentes.

Peplau salienta que o paciente e a enfermeira amadurecem como resultado da interação terapêutica. Quando duas pessoas encontram-se em um relacionamento criativo, existe uma sensação permanente de reciprocidade e proximidade ao longo da experiência. Ambos os indivíduos são envolvidos em um processo de autopreenchimento, que se torna uma experiência de crescimento (Belcher & Fish, 2000, p.56).

Neste sentido, é importante que o enfermeiro tenha consciência das suas reações contra-transferenciais quando intervém com o cliente, uma vez que “as pessoas que estão conscientes dos seus próprios sentimentos (...) têm mais probabilidade de estar conscientes das reações individuais dos outros” (Belcher & Fish, 2000, p.46).

Perante a multiplicidade de características pessoais e profissionais dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da UIPIA, estes são atribuídos às crianças, consoante o papel que se espera que desempenhem durante esse processo interpessoal. O enfermeiro responsável deverá ser capaz de viver qualquer um dos papéis, assumindo-se adaptável às necessidades da criança/família/figura tutelar. Ainda que por vezes, possa ter que viver o papel de estranho¹⁴, na relação que estabelece com a criança/ /família/figura tutelar, o enfermeiro responsável deverá viver maioritariamente os restantes papéis de pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira. É essencialmente, neste último papel, de conselheiro, que o enfermeiro responsável se deverá destacar na medida em que este é o que assume maior ênfase no contexto psiquiátrico (Townsend, 2011; Howk, 2004). Ao assumir esse papel, Peplau (1952) defende que a intenção é de ajudar o cliente “(...) a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida” (Peplau, 1952, citado por Howk, 2004, p. 428).

¹⁴ Para Peplau, o enfermeiro assume diferentes papéis durante as várias fases da relação interpessoal (Belcher & Fish, 2000).

3.1.1.3.3. Apresentação e discussão dos resultados da Análise Documental

Os RE analisados foram elaborados entre 30 de Agosto e 11 de Outubro de 2012 pelos 16 enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem da UIPIA. A análise aos RE resultou em 1428 UR que, depois de analisadas, permitiram definir quatro áreas de análise das intervenções realizadas pelos enfermeiros da UIPIA. Do total das 1428 UR (100%), 1244 (87,1%) traduzem IE autónomas, das quais 1174 (82,2%) estão associadas a um fenómeno da prática de enfermagem e 70 (4,9%) são realizadas no âmbito das AT desenvolvidas. Por conseguinte foram ainda identificadas 78 (5,5%) IE interdependentes e 25 (1,7%) IE de cariz organizacional. As restantes UR (81 – 5,7%), que depois da análise de conteúdo não revelaram traduzir IE mas que se consideraram relevantes para análise da prática clínica na UIPIA, foram agrupadas e alvo de análise do ponto de vista do impacto que têm para a forma e conteúdo do RE (Quadro 13 – AD // Análise de Conteúdo IE).

Quadro 13 – AD // Análise de Conteúdo IE

| Tipo de Intervenções de Enfermagem | | n | UE | | % | |
|---|--|---|------|------|-------|-------|
| Intervenções de Enfermagem Autónomas | IE Autónomas – Fenómeno de Enfermagem | 8 | 1174 | 1244 | 82,2% | 87,1% |
| | IE Autónomas – Atividades Terapêuticas | | 70 | | 4,9% | |
| Intervenções de Enfermagem Interdependentes | | | 78 | 5,5% | | |
| Intervenções de Enfermagem Organizacionais | | | 25 | 1,7% | | |
| Outros dados das Intervenções de Enfermagem | | | 81 | 5,7% | | |
| Total: | | | 1428 | 100% | | |

As IE autónomas, emergentes dos RE, foram traduzidas em linguagem CIPE[®], versão ß2, que apesar de não ser a versão mais recente desta classificação é aquela que se encontra implementada na plataforma SClinico[®], o que justifica a sua opção tendo em conta os objetivos imputados a este estudo de investigação. Ao longo da tradução das IE procurou-se o rigor na sua realização, nomeadamente quanto aos eixos a mobilizar na construção de uma IE segundo a referida linguagem classificada¹⁵. Contudo, na impossibilidade de se encontrar resposta na lista de termos de cada um dos eixos da classificação das ações de enfermagem e com vista à redução do uso de outras linguagens classificadas, optou-se pela utilização de termos dos eixos utilizados na classificação dos fenómenos de enfermagem. Nos casos pon-

¹⁵ Eixos da Classificação das Acções de Enfermagem: A – Tipo de acção; B – Alvo; C – Recursos; D – Tempo; E – Topologia; F – Localização; G – Via; H - Beneficiário (CIPE[®], versão Beta 2, CIE, 2003, p. 137).

tuais em que não foi encontrada correspondência com nenhum termo dos eixos, de classificação dos fenómenos e das IE, foram atribuídos termos de acordo com a linguagem clínica mobilizada pela equipa. Cada um desses termos está identificado ao longo da análise, apresentando-se entre parênteses retos ([]).

Para além de traduzidas em linguagem CIPE[®], as IE emergentes do registo foram classificadas de acordo com a forma como se apresentam no mesmo, isto é, se de forma *implícita* ou *explícita*. Esta necessidade emergiu do facto de ao longo da colheita de dados se ter percebido o carácter essencialmente descritivo dos RE elaborados, com pouca explicitação das IE desenvolvidas. Desta forma procurou evidenciar-se o que estava a ser informalmente percebido ao longo da análise e, assim, melhorar a caracterização dos RE elaborados.

3.1.1.3.3.1. Intervenções de Enfermagem Autónomas

3.1.1.3.3.1.1. Intervenções de Enfermagem Autónomas em resposta a um fenómeno de enfermagem

As IE autónomas, que visam dar resposta a um fenómeno de enfermagem, foram agrupadas de acordo com os cinco tipos de ações de enfermagem, atingindo assim cinco dimensões da análise – *Observar*, *Gerir*, *Executar*, *Atender* e *Informar*. O quadro seguinte ilustra o n.º de termos do eixo de ação, o n.º de IE, n.º de PC envolvidos (n) e n.º de UR (UE) por cada uma das dimensões. Num total dos 8 PC foram identificadas 87 IE, associadas a 27 termos do eixo de ação. (Quadro 14 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem e Apêndice 5 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Autónomas / Fenómeno de Enfermagem).

Quadro 14 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem

| <u>Dimensão</u> Ações de enfermagem | <u>Categoria</u> n.º de termos do eixo de Ação | <u>Subcategoria</u> n.º Intervenções de Enfermagem | n | UE | % |
|--|---|---|----------|-------------|-------------|
| Observar | 3 | 40 | 8 | 991 | 84,4% |
| Gerir | 3 | 6 | 6 | 28 | 2,4% |
| Executar | 7 | 10 | 5 | 25 | 2,1% |
| Atender | 10 | 26 | 6 | 116 | 9,9% |
| Informar | 4 | 5 | 7 | 14 | 1,2% |
| Totais: | 27 | 87 | 8 | 1174 | 100% |

A estruturação da análise de acordo com esta organização promovida pela CIPE® favoreceu a compreensão da prática de enfermagem na UIPIA. Da análise do quadro é possível perceber a preponderância das intervenções do tipo *Observar* na prática de enfermagem na UIPIA e ainda o maior número de termos do eixo de ação na dimensão *Atender*.

Aprofundando a compreensão da prática de enfermagem autónoma dos enfermeiros na UIPIA importa abordar cada uma das dimensões em particular.

3.1.1.3.3.1.1.1.Observar

Para a primeira dimensão – *Observar*¹⁶ – contribuíram o maior número de IE (40 – 46%) presentes no maior n.º de UR (991 – 84,4%), decorrentes de RE de todos os PC, sendo possível inferir a importância atribuída pelos enfermeiros da UIPIA à vigilância e supervisão na sua prática. Desta IE, é ainda evidente, a preponderância das IE registadas de forma implícita (987 – 99,6%) o que corrobora o carácter profundamente descritivo dos RE, na medida em que nos é sugerido que o enfermeiro mobiliza o RE como forma de dar evidência ao estado e evolução da criança, em desfavor da tradução do processo de enfermagem e, consequentemente, das IE que desenvolve. Esta dimensão contempla três tipos de ações de enfermagem – *Avaliar*, *Supervisionar* e *Vigiar* – que depois de lhes ser associado um alvo, ajudam a perceber as áreas de vigilância a que os enfermeiros desta unidade dão maior atenção perante determinada problemática. Peplau definia na sua teoria que as “funções da enfermagem (...) incluem o esclarecimento da informação que o médico dá ao paciente, bem como a coleta de dados sobre esse paciente que podem indicar áreas problematizadas” (George, 2000, p.57). Atualmente, o enfermeiro é autónomo na sua prática e as atividades de vigilância que desenvolve não cumprem apenas uma função para o médico assistente da criança, mas igualmente para a prática autónoma do enfermeiro.

Na categoria *Avaliar*¹⁷, num total de 564 UR (56,9%), foram identificadas 21 subcategorias que correspondem a 21 IE (Quadro 15 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar - Avaliar). Esta categoria contempla IE que emergem de forma implícita dos RE e que visam estimar as dimensões, qualidade e significado dos vários aspetos da criança (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003).

¹⁶ “Observar é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: Ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 146)

¹⁷ “Avaliar é um tipo de Observar com as características específicas: estimar as dimensões, a qualidade ou o significado de alguma coisa.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 147)

Quadro 15 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Avaliar

| Dimensão <u>Observar</u> | | | | |
|---|-------------------------------|----------|------------------------|------------|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| <i>Categoria Avaliar</i> | | | | |
| Avaliar [atitude] | EMOÇÃO | 3 | P6 P8 P12 | 4 |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | ADAPTAÇÃO | 5 | P2 P4 P6 P8 P9 | 26 |
| | AUTOCUIDADO | | | |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico da família | AUTOCUIDADO | 1 | P4 | 1 |
| Avaliar autocuidado: actividade recreativa | AUTOCUIDADO | 8 | todos | 67 |
| Avaliar autocuidado: higiene | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 1 |
| Avaliar comunicação | COMUNICAÇÃO | 7 | P1 P2 P4 P6 P8 P10 P12 | 26 |
| Avaliar delírio | COGNICÇÃO | 2 | P9 P12 | 88 |
| Avaliar discurso | COGNICÇÃO | 2 | P9 P12 | 15 |
| Avaliar emoção | ADAPTAÇÃO | 7 | P1 P2 P4 P6 P8 P10 P12 | 100 |
| | AUTOCUIDADO | | | |
| | COGNICÇÃO | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| | INTERACÇÃO SOCIAL | | | |
| | NUTRIÇÃO | | | |
| Avaliar emoção da família | PROCESSO FAMILIAR | 1 | P6 | 1 |
| Avaliar hábitos | ESTILOS DE VIDA | 1 | P6 | 1 |
| Avaliar humor | EMOÇÃO | 8 | todos | 42 |
| Avaliar orientação | COGNICÇÃO | 1 | P9 | 2 |
| Avaliar papel do prestador de cuidados | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 1 | P8 | 2 |
| Avaliar papel parental | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 7 | P1 P2 P4 P6 P9 P10 P12 | 12 |
| Avaliar percepção | COGNICÇÃO | 2 | P6 P12 | 19 |
| Avaliar processo de pensamento | COGNICÇÃO | 2 | P9 P12 | 5 |
| Avaliar processo familiar | PROCESSO FAMILIAR | 8 | todos | 50 |
| Avaliar razão para a acção | AUTOCUIDADO | 1 | P6 | 2 |
| Avaliar relação dinâmica | INTERACÇÃO SOCIAL | 8 | todos | 99 |
| Avaliar <i>stress</i> do prestador de cuidados | ADAPTAÇÃO | 1 | P12 | 1 |
| Totais: | | 8 | todos | 564 |

Destacam-se quatro IE, por ter sido descrita a sua realização em todas as crianças dos PC analisados e com um número elevado de UR, sendo elas: *Avaliar relação dinâmica* (99 UR), *Avaliar autocuidado: actividade recreativa* (67 UR), *Avaliar processo familiar* (50 UR) e *Avaliar humor* (42 UR). Também as intervenções *Avaliar emoção* (100 UR), *Avaliar comunicação* (26 UR) e *Avaliar papel parental* (12 UR) se assumem de grande relevância na análise realizada, não só pelo número também elevado de UR mas por estarem presentes nos RE de sete PC.

Na intervenção *Avaliar autocuidado: actividade recreativa* (67 UR) o enfermeiro descreve as diferentes atividades de cariz lúdico e recreativo desenvolvidas pela criança ao longo do dia, que segundo Coimbra de Matos (2012) podem ser “música, jogos [e] leitura” (p.46).

"Esteve a jogar ao Party & Co com o grupo, revelando poucos conhecimentos sobre elementos básicos da cultura geral." [P8, Manhã, 29-09-2012]

Intimamente relacionada com esta intervenção emerge a intervenção *Avaliar relação dinâmica* (99 UR), que traduz a interação social da criança com as restantes crianças internadas, nomeadamente, a forma como partilha as AT e lúdicas que desenvolve. Também a integração em grupos de convívio é outro dos fatores considerados por Coimbra de Matos (2012) como favorecedores da calma e tranquilidade a oferecer às crianças internadas.

"Procura isolar-se do grupo de pares." [P8, Tarde, 25-09-2012]

A IE *Avaliar humor* (42 UR) decorre da descrição, ao longo do internamento, dos vários estados de humor da criança, considerando-se como um dos aspetos centrais para perceber eventuais alterações no estado mental da mesma. O número de crianças que apresentam episódios depressivos têm vindo a aumentar consideravelmente nos últimos vinte anos, ao ponto de poder ser considerado “um verdadeiro problema de saúde pública” (Marcelli & Braconnier, 2005, p. 271), o que ajuda a justificar a importância desta IE no seio do trabalho na UIPIA.

"(...) humor aparentemente eutímico (...)" [P2, Manhã, 13-09-2012]

Intimamente associada à anterior, a IE *Avaliar emoção* é traduzida pelas avaliações realizadas pelos enfermeiros quanto à expressão facial e sentimentos identificados na criança. Procurando dar resposta ao maior número de fenómenos da prática de enfermagem (seis fenómenos de enfermagem – Adaptação, Autocuidado, Cognição, Emoção, Interação Social e Nutrição), esta intervenção é também a que emerge mais vezes dos RE (100 UR). Essencialmente, parece importante para o enfermeiro perceber, nos diferentes momentos do dia, a forma como a criança sente e vive determinado momento, já que isso traduz a especificidade de cada uma delas e permite assim promover a personalização dos cuidados.

"(...) alternou períodos de fâcies triste, com outros em que se apresenta com fâcies mais tranquilo, aberto." [P6, Manhã, 22-09-2012]

"Satisfeita por ir de Licença de ensaio." [P6, Tarde, 25-09-2012]

Importa ressaltar o facto de esta intervenção não ter sido identificada no P9. Isto deve-se ao facto de nesta criança se assumir com maior relevância as emoções/ sentimentos associados ao Pensamento Alterado, pelo que as respectivas avaliações destes aspetos tenham sido contempladas na intervenção *Avaliar delírio*. Esta intervenção apresenta igualmente um número elevado de UR (88), nos RE de dois dos participantes (P9 e P12), sendo aqueles que apresentam o diagnóstico de Pensamento Alterado (Foco: Cognição).

"Recebeu, em seguida, a visita da mãe. Cumprimenta-a ficando bastante angustiado: "O pai bateu-te?!" (sic). (...) levou a mãe para o quarto, apresentando discurso delirante, ideias persecutórias face ao pai. Procura certifica-se que este não entra em casa dele, questionando à Enfermeira se o poderia prender, sem ceder à argumentação." [P9, Tarde, 28-09-2012]

"Desconfiada relativamente ao barulho das portas e a todos os estímulos, olhando várias vezes, para se certificar que ninguém iria para o WC, enquanto lhe foram efectuados cuidados de higiene e conforto." [P12, Manhã, 05-10-2012]

Também a IE *Avaliar discurso*, emerge de RE destes dois PC (P9 e P12), com 15 UR, com vista à compreensão da forma e organização do discurso da criança com esta problemática, pela forma como essa avaliação ajuda o enfermeiro a perceber o processo de pensamento da criança (Baker & Trzepacz, 2001).

"O X [nome da criança] apresentou, por períodos, discurso desorganizado, imperceptível, em tom de voz baixo, sendo necessário pedir para falar mais devagar." [P9, Manhã, 30-09-2012]

A IE *Avaliar comunicação* assume também na UIPIA uma importância relevante (26 UR). Avaliada em RE de sete PC, exceto no P9 pelas mesmas razões já apontadas, esta intervenção ajuda a traduzir a capacidade da criança para se expressar verbalmente perante o grupo e técnicos da UIPIA.

"(...) contacto evitante, por vezes, sem dirigir o olhar ao encontro da voz e sem responder ao questionado." [P8, Tarde, 25-09-2012]

Avaliar processo familiar (50 UR) emerge da descrição da qualidade da interação entre a criança internada e a sua família, observadas pelo enfermeiro durante os encontros entre estes. "A avaliação do ambiente familiar (...) deve ser incluída no conjunto da abordagem clínica" (Marcelli & Braconnier, 2005, p.453) por ser fundamental para a compreensão e intervenção sobre a dinâmica familiar. Peplau reforça que a saúde conquista-se pela qualidade das relações interpessoais que a pessoa estabelece (Howk, 2004), nomeadamente as de âmbito

familiar. Durante a sua prática, o enfermeiro deve ter em conta não só as crenças e cultura da criança, mas também o “*back-ground* educacional e os ambientes domiciliar e profissional” (George, 2000, p.55).

"Na presença da mãe foi extremamente agressiva verbalmente com esta." [P6, Tarde, 19-09-2012]

Relacionada com a anterior, a intervenção *Avaliar papel parental*, igualmente presente em RE de sete dos oito PC, com 12 UR, prende-se com a caracterização das capacidades dos pais no cuidado ao seu filho, nomeadamente, quanto à sua capacidade para acolher e conter o comportamento da criança e para dar resposta à necessidade da mesma. Durante o internamento, “os pais são bruscamente confrontados com uma série de tarefas.” (Marcelli & Bracconnier, 2005, p. 458). O P8 é o único PC que não contribui para esta definição por se tratar de uma criança institucionalizada, cujo papel presente é o de prestador de cuidados (técnico da instituição).

"Foi ao passeio ao exterior com a mãe, no regresso a mãe verbaliza à enfermeira que a [jovem] está mais centrada na alimentação e tudo o que tem a ver com: "Foi ao bar lanchar e a [jovem] inicialmente não entrou, posteriormente, como viu que eu não cedia, senta-se na mesa de costas para mim." (sic-mãe)." [P1, Tarde, 03-09-2012]

Por último, é também de destacar a intervenção *Avaliar a adesão ao regime terapêutico* pelo facto de dar resposta a mais do que um fenómeno de enfermagem (Dois fenómenos de enfermagem – Adaptação e Autocuidado) e de partir de um número elevado de UR (26). A adesão da criança ao projeto terapêutico proposto é percebida pela aceitação ou não da sua problemática, ao internamento e às diferentes opções terapêuticas planeadas. A realização desta intervenção assume grande relevância no contexto psiquiátrico na medida em que o *insight*¹⁸ e juízo crítico¹⁹ são essenciais para o sucesso terapêutico e recuperação de um processo psicopatológico.

"Quero ter alta (...) tou farta de cá estar" (sic) (...) Grande ambivalência. Pouca crítica face à sua situação actual. "Sinto-me triste mas quero ir para casa (...) Sei que os medicamentos são para o

¹⁸ *Insight* - “Numa perspectiva prática, durante o exame psiquiátrico do estado mental, a avaliação do *insight* foca-se na capacidade dos doentes para reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são desvios do normal, compreenderem que os seus comportamentos podem afectar terceiros e reconhecerem que a terapêutica pode ser útil para o alívio dos sintomas” (Baker & Trezpack, 2001, p.198).

¹⁹ Juízo Crítico – “O juízo crítico é um processo de avaliação e elaboração de um tema ou situação particular e que pode determinar uma decisão ou acção. Quanto melhor e mais completo o *insight* do indivíduo, maior a probabilidade de o juízo ser correcto (...) (p.203) Os juízos críticos e decisões dos doentes sobre a adesão à terapêutica podem ser semelhantes à abordagem que fazem de outras situações (Baker & Trezpack, 2001, p.206).

meu bem mas eu não quero tomar medicamentos (...) Quero ter alta porque quero fumar." [P8, Tarde, 27-09-2012]

Em suma, nesta categoria, apresentam-se as avaliações realizadas pelo enfermeiro da UIPIA quanto a aspetos da criança que considera importantes descrever, com vista à identificação de problemas e promoção da continuidade de cuidados a prestar, tanto pela sua equipa como pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. Algumas das avaliações realizadas são comuns a todas as crianças internadas por serem as que se consideram mais importantes, tendo em conta as psicopatologias mais frequentes na infância e adolescência, e outras pela natureza específica da problemática da criança.

Para a segunda categoria, *Supervisionar*²⁰, emergiram sete subcategorias/IE que traduzem a vigilância do progresso de momentos específicos do dia da criança (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003). À semelhança da categoria anterior, integraram IE dos RE de todos os processos constituintes da amostra (8) com 311 UR (31,4%) (Quadro 16 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Supervisionar). São igualmente predominantes as IE apresentadas de forma implícita (305 – 98,1%), aparentemente também decorrentes do facto do enfermeiro essencialmente descrever a forma como a criança se apresenta nos diferentes momentos do dia.

Quadro 16 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Supervisionar

| Dimensão <u>Observar</u> | | | | |
|---|--------------------------------------|----------|---------------------------|------------|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| <i>Categoria <u>Supervisionar</u></i> | | | | |
| Supervisionar autocuidado: arranjar-se | AUTOCUIDADO | 1 | P6 | 1 |
| Supervisionar autocuidado: higiene | AUTOCUIDADO | 8 | todos | 30 |
| Supervisionar refeição | AUTOCUIDADO | 8 | todos | 133 |
| | COGNICÃO | | | |
| | NUTRIÇÃO | | | |
| Supervisionar repouso | NUTRIÇÃO | 2 | P2 P10 | 25 |
| Supervisionar sesta | REPARAÇÃO | 3 | P6 P9 P12 | 14 |
| Supervisionar sono | REPARAÇÃO | 8 | todos | 107 |
| Supervisionar uso de meias elásticas | CIRCULAÇÃO | 1 | P9 | 1 |
| Totais: | | 8 | todos | 311 |

²⁰ “Supervisionar é um tipo de Monitorizar com as características específicas: vigiar o progresso de alguém ou alguma coisa.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 147)

Com maior relevância, identificaram-se três IE por serem as emergentes dos RE de todos os PC e com um número significativo de UR, sendo elas *Supervisionar refeição* (133 UR), *Supervisionar sono* (107 UR) e *Supervisionar autocuidado: higiene* (30 UR). “O enfermeiro deve realizar avaliações contínuas [das necessidades fisiológicas] para prestar assistência àqueles que dela necessitem” (Townsend, 2011, p.204), sendo que num *setting* psiquiátrico em que é enfatizada a importância do cuidado holístico, a avaliação do estado físico é tão importante como a avaliação do estado psicológico.

Para a IE *Supervisionar autocuidado: higiene*, contribuíram 26 UR, o que se revela inferior ao desejado. Sendo esperado que a criança autocuide a sua higiene, pelo menos uma vez por dia, e tendo em conta que para cada criança foram analisados sete dias de internamento, justificar-se-ia que a intervenção se devesse aproximar das 64 UR. Esta questão parece estar associada ao facto do enfermeiro não planear de forma sistematizada as IE, nomeadamente as inerentes à observação, tal como um registo informático poderia oferecer. O SCLínico[®] oferece um planeamento dos cuidados do enfermeiro que lhe permitem aumentar a vigilância e tornar mais rigorosos os dados recolhidos. O RE sistematizado e organizado permite ainda a possibilidade de perceber rapidamente a qualidade da vigilância realizada, e no caso de ser inferior ao necessário, se desenvolver as melhorias necessárias de forma quase imediata.

"Autocuidou-se no WC." [P12, Tarde, 08-10-2012]

Por sua vez, para a IE *Supervisionar refeição* contribuíram 133 UR que demonstram a importância que os aspetos relacionados com alimentação assumem para os enfermeiros da UIPIA. Esta preocupação parece ser justificada pela prevalência particularmente elevada de perturbações do comportamento alimentar na infância e adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005; Marcelli, 2005), e também pelo facto de outras psicopatologias na infância e adolescência e a administração de psicofármacos poderem provocar alterações do apetite na criança.

"Alimentou-se da totalidade da dieta (...)" [P10, Manhã, 04-10-2012]

Assumindo igualmente grande importância, é realizada para todas as crianças representadas nos oito PC, a intervenção *Supervisionar sono* (107 UR), independentemente de apresentarem alguma alteração ao nível do sono. A vigilância deste aspeto na criança reveste-se de grande importância, já que as problemáticas relacionadas com a SMIA podem ser traduzidas em perturbações do sono (Caixeta & Moreno, 2008; Marcelli & Braconnier, 2005).

"(...) dormiu toda a noite em sono aparentemente tranquilo." [P6, Noite, 20-09-2012]

Para a última categoria desta dimensão da análise – *Vigiar*²¹ – foram identificadas 12 subcategorias/IE, ao longo de 116 UR (11,7%) (Quadro 17 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Vigiar). Estas intervenções traduzem a vigilância, constante e regular ao longo do tempo, de aspetos que não estão associadas a nenhum momento particular ao longo do dia. Acima de tudo, identificam a presença/ausência, ocorrência/não ocorrência, de determinado aspeto, sem que lhe seja atribuído um significado ou seja periodicamente analisado. Habitualmente, esse significado só é produzido ao longo do tempo, com várias avaliações de cada um dos aspetos. Estas intervenções estão presentes em RE de todos os PC, emergindo de forma implícita no registo.

Quadro 17 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Observar – Vigiar

| Dimensão <u>Observar</u> | | | | |
|--|-------------------------------|----------|---------------------|------------|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| <i>Categoria Vigiar</i> | | | | |
| Vigiar acção da criança | ACTIVIDADE MOTORA | 5 | P2 P4 P8 P9 P10 | 15 |
| | ADAPTAÇÃO | | | |
| | AUTOCUIDADO | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| Vigiar adesão ao regime terapêutico | AUTOCUIDADO | 6 | P4 P6 P8 P9 P10 P12 | 20 |
| Vigiar dor | SENSAÇÕES | 2 | P4 P9 | 5 |
| Vigiar eliminação intestinal | ELIMINAÇÃO | 5 | P1 P2 P9 P10 P12 | 13 |
| Vigiar eliminação vesical | AUTOCUIDADO | 5 | P1 P2 P9 P10 P12 | 16 |
| | ELIMINAÇÃO | | | |
| Vigiar hábitos de repouso | REPARAÇÃO | 5 | P2 P6 P8 P9 P12 | 13 |
| Vigiar ingestão de líquidos | AUTOCUIDADO | 3 | P2 P6 P10 | 3 |
| | VOLUME DE LÍQUIDOS | | | |
| Vigiar processo familiar | PROCESSO FAMILIAR | 4 | P1 P4 P8 P9 | 5 |
| Vigiar relação dinâmica | INTERACÇÃO SOCIAL | 1 | P6 | 1 |
| Vigiar respiração | RESPIRAÇÃO | 1 | P4 | 2 |
| Vigiar resposta aos medicamentos | AUTOCUIDADO | 4 | P2 P4 P6 P9 | 12 |
| Vigiar sonolência | REPARAÇÃO | 2 | P9 P12 | 11 |
| Totais: | | 8 | todos | 116 |

No total das 12 IE identificadas, são de destacar cinco: *Vigiar adesão ao regime terapêutico* (20 UR), *Vigiar eliminação vesical* (16 UR), *Vigiar acção da criança* (15 UR), *Vigiar*

²¹ “Vigiar é um tipo de Observar com as características específicas: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 147)

eliminação intestinal (13 UR), e *Vigiar hábitos de repouso* (13 UR), por serem as que aparecem em pelo menos cinco dos oito PC e com o maior número de UR desta categoria.

A IE *Vigiar acção da criança* decorre da observação contínua do comportamento da criança internada, dando resposta ao maior número de fenómenos de enfermagem desta categoria (quatro fenómenos de enfermagem – Actividade Motora, Adaptação, Autocuidado e Emoção). Independentemente da observação e vigilância contínua inerente à prática clínica de enfermagem, esta intervenção é traduzida de forma única. Decorre da necessidade de vigilância mais rigorosa da criança, que tem um grau mais elevado de riscos inerentes ao seu comportamento, como por exemplo, risco de tentativa de suicídio, risco de automutilação, risco de agressividade, risco de queda, entre outros. “A avaliação do risco e a observação [da criança] são as principais estratégias utilizadas para manter a segurança do paciente dentro de unidades de internamento (trad. do autor)” (Mullen, 2009, p.84).

"Por volta das 15 horas fica mais inquieto com agressividade dirigida aos técnicos fazendo ameaças com uma cadeira." [P9, Manhã, 28-09-2012]

"Tenho vontade de me cortar e de fazer mal a mim própria (sic)." [P8, Tarde, 27-09-2012]

Por sua vez, *Vigiar adesão ao regime terapêutico* é a IE com mais UR (20) e que emerge num maior número de PC (seis), traduzindo a vigilância constante e permanente do enfermeiro sobre o cumprimento da terapêutica prescrita.

"À ceia, inicialmente recusa fazer medicação oral (...)." [P6, Tarde, 19-09-2012]

As IE de *Vigiar eliminação intestinal* e *Vigiar eliminação vesical*, ainda que assumam uma preponderância em relação às restantes IE da categoria, parecem não ser registadas de acordo com as necessidades da criança, já que num total de 164 RE, este aspeto foi avaliado em apenas 13 UR.

"Evacuou fezes duras." [P12, Tarde, 08-10-2012]

Por último, a intervenção *Vigiar hábitos de repouso* traduz a vigilância da equipa quanto aos períodos de repouso da criança, ao longo do dia. Os períodos de descanso e repouso da criança assumem menor importância à medida que a criança cresce. Contudo, num contexto em que a criança está em estado agudo da sua problemática, é importante perceber se a criança repousa os períodos necessários ao longo do dia, para se sentir tranquila e beneficiar do

internamento e tratamentos propostos. “O quadro psicopatológico, bem como a situação de tratamento intensivo, de grande número dos seus doentes exige sobretudo tranquilidade, certo isolamento, repouso (...)” (Coimbra de Matos, 2012, p. 46).

"(...) Por períodos estive a descansar no quarto." [P2, Manhã, 13-09-2012]

As IE do tipo *Vigiar* são, de todas as intervenções do tipo Observar, as que menos preponderância assumem, o que, apesar da sua relevância indiscutível, parecem traduzir um melhor e mais personalizado cuidado de enfermagem. Ao aprofundar a observação, o enfermeiro, através das IE que ajudam a qualificar e traduzir as dimensões de alguma coisa (*Avaliar*) e ao manter a vigilância da criança em momentos específicos do dia (*Supervisionar*), além de planear os cuidados, parece investir na compreensão e impacto individual que cada um dos aspetos da criança têm para a sua problemática. Através desta prática clínica, o enfermeiro da UIPIA promove, aparentemente, a individualização/personalização dos cuidados.

3.1.1.3.3.1.1.2. Gerir

Para a dimensão ***Gerir***²² contribuem 28 UR (2,4%), cuja maioria emerge de forma explícita do RE (23 UR – 82,1%). Para esta dimensão foram identificadas três categorias, que correspondem a três tipos de ação, sendo elas: *Aplicar*, *Estabelecer limites* e *Optimizar* (Quadro 18 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Gerir).

²² “Gerir é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 147)

Quadro 18 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Gerir

| Dimensão <u>Gerir</u> | | | | |
|---|-------------------------------|----------|---------------------------|-----------|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| <i>Categoria <u>Aplicar</u></i> | | | | |
| Aplicar meias elásticas | CIRCULAÇÃO | 1 | P9 | 1 |
| <i>Categoria <u>Estabelecer limites</u></i> | | | | |
| Estabelecer limites à criança | ACTIVIDADE MOTORA | 1 | P4 | 2 |
| <i>Categoria <u>Optimizar</u></i> | | | | |
| Optimizar ambiente | COGNIÇÃO | 3 | P6 P9 P12 | 9 |
| | REPARAÇÃO | | | |
| Optimizar papel parental | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 1 | P4 | 2 |
| Optimizar processo familiar | EMOÇÃO | 5 | P2 P6 P8 P9 P12 | 11 |
| | PROCESSO FAMILIAR | | | |
| Optimizar relação dinâmica | EMOÇÃO | 3 | P4 P8 P9 | 3 |
| | INTERACÇÃO SOCIAL | | | |
| Totais: | | 6 | P2 P4 P6 P8 P9 P12 | 28 |

Das IE inerentes a esta dimensão, importa destacar as intervenções do tipo *Optimizar*²³, com 25 UR. Estas intervenções emergem da necessidade de o enfermeiro melhorar e facilitar determinados aspetos que envolvem a criança, sejam eles de natureza física ou relacional. Nos PC analisados, *Optimizar ambiente* (nove UR) é realizada sempre que a criança apresenta alterações da perceção ou do conteúdo do pensamento ou esteja com insónia, no sentido de promover um ambiente controlado, isento de estímulos que possam prejudicar a criança ou dificultar o sono.

"Mantém necessidade de luz de presença acesa durante a noite, inclusivamente procurou que os estores ficassem ligeiramente levantados." [P6, Noite, 22-09-2012]

Do ponto de vista relacional, o enfermeiro na UIPIA procura essencialmente melhorar o papel desempenhado pelos pais/ prestadores de cuidados e a relação entre os vários elementos da família. As IE de *Optimizar processo familiar* (11 UR) e *Optimizar papel parental* (duas UR) são realizadas em momentos privilegiados de encontro da criança com os familiares, tais como as visitas.

²³ "Optimizar é um tipo de Manter com as características específicas: obter o melhor resultado" (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 149).

"Necessária mediação constante da visita [da família]. [Apesar de pouco receptiva à intervenção da enfermeira] (...) com insistência, acaba por aceitar conversar no final, após a visita." [P4, Manhã, 24-09-2012]

Ainda que não assumam uma importância significativa em termos de UR, as IE do tipo *Gerir* favorecem e facilitam o sucesso de outras IE, nomeadamente, as do tipo *Executar* e *Atender*, que se apresentam em seguida.

3.1.1.3.3.1.1.3.Executar

Na dimensão *Executar*²⁴, foram identificadas dez categorias que correspondem a dez IE, num total de 25 UR (2,1%), emergindo de forma maioritariamente explícita (20 UR – 80%), em RE de cinco PC (Quadro 19 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Executar). Inseridas em sete tipos de ação segundo a linguagem CIPE®, estas intervenções traduzem uma ação essencialmente técnica (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003).

Quadro 19 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Executar

| Dimensão <u>Executar</u> | | | | |
|---|-------------------------------|---|--------------------|----|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| Categoria <u>Clampar</u> | | | | |
| Clampar cavidade nasal | CIRCULAÇÃO | 1 | P2 | 3 |
| Categoria <u>Estimular</u> | | | | |
| Estimular ingestão de líquidos | NUTRIÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Categoria <u>Executar</u> | | | | |
| Executar [contenção] física | ADAPTAÇÃO | 1 | P9 | 1 |
| Executar [estratégias não-farmacológicas] | REPARAÇÃO | 1 | P6 | 1 |
| Executar terapia de orientação para a realidade | COGNIÇÃO | 2 | P9 P12 | 11 |
| Executar terapia de relaxamento simples | ADAPTAÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Categoria <u>Lavar</u> | | | | |
| Lavar criança | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 2 |
| Categoria <u>Massajar</u> | | | | |
| Massajar criança | COGNIÇÃO | 1 | P9 | 3 |
| | SENSAÇÕES | | | |
| Categoria <u>Preparar</u> | | | | |
| Preparar para o hospital de dia | AUTOCUIDADO | 1 | P4 | 1 |
| Categoria <u>Remover</u> | | | | |
| Remover [contenção mecânica] | AUTOCUIDADO | 1 | P9 | 1 |
| Totais: | | | P2 P4 P6 P9 P12 | 25 |

²⁴ "Executar é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica." (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 150)

De destacar as intervenções do tipo *Executar* (14 UR), nomeadamente a IE de *Executar terapia de orientação para a realidade* (11 UR) mobilizada no P9 e P12, PC de crianças internadas por alteração do percepção ou do conteúdo do pensamento.

"Necessário remetê-la para a realidade e desmistificar todos os procedimentos efectuados." [P12, Manhã, 05-10-2012]

O número reduzido de UR nesta categoria reforça o que vai sendo sugerido ao longo da análise dos RE, que indica que estes são elaborados de forma profundamente descritiva da evolução e estado da criança, em detrimento de traduzirem o processo de enfermagem realizado. Esta questão parece ainda contribuir para a constatação da dificuldade do enfermeiro em definir as IE que desenvolve.

3.1.1.3.3.1.1.4. Atender

A dimensão **Atender**²⁵ é a que contempla o segundo maior número de UR (116 – 9,9%) que decorrem dos RE de seis PC (Quadro 20 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Atender). Engloba o maior número de termos do eixo de ação (Nove termos do eixo de ação – *Apoiar, Assistir, Atenuar, Confortar, Disponibilizar, Elogiar, Escutar, Negociar, Promover e Reforçar*) que traduzem a dimensão da estar em relação e a necessidade do enfermeiro estar atento e a «tomar conta» da criança internada (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003). Na sua maioria, as IE emergem de forma explícita (101 UR – 87,1%), o que reforça a consciência dos enfermeiros quanto ao facto da sua intervenção estar profundamente centrada na RT.

²⁵ “Atender é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 154)

Quadro 20 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Atender

| Dimensão <u>Atender</u> | | | | |
|---|-------------------------------|---|--------------------|----|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| Categoria <u>Apoiar</u> | | | | |
| Apoiar autocuidado: higiene | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 4 |
| Categoria <u>Assistir</u> | | | | |
| Assistir autocuidado: higiene | AUTOCUIDADO | 1 | P9 | 1 |
| Assistir autocuidado: ir ao sanitário | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 1 |
| Assistir autocuidado: vestir-se | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 2 |
| Assistir no autocuidado: despir-se | AUTOCUIDADO | 1 | P12 | 2 |
| Categoria <u>Atenuar</u> | | | | |
| Atenuar angústia de separação | EMOÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Atenuar ansiedade | EMOÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Atenuar delírio | COGNIÇÃO | 2 | P9 P12 | 9 |
| Categoria <u>Confortar</u> | | | | |
| Confortar criança | ADAPTAÇÃO | 3 | P6 P9 P12 | 13 |
| | COGNIÇÃO | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| | REPARAÇÃO | | | |
| Confortar família | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 2 | P4 P6 | 2 |
| | PROCESSO FAMILIAR | | | |
| Categoria <u>Disponibilizar</u> | | | | |
| Disponibilizar [presença] | AUTOCUIDADO | 3 | P6 P9 P12 | 40 |
| | COGNIÇÃO | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| | REPARAÇÃO | | | |
| Disponibilizar serviço de cuidados de saúde | ADAPTAÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Categoria <u>Elogiar</u> | | | | |
| Elogiar criança | AUTOCUIDADO | 4 | P1 P2 P4 P6 | 6 |
| | AUTO-ESTIMA | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| Categoria <u>Escutar</u> | | | | |
| Escutar criança | AUTOCUIDADO | 4 | P2 P4 P6 P9 | 7 |
| | COGNIÇÃO | | | |
| | ELIMINAÇÃO | | | |
| | ESTILOS DE VIDA | | | |
| | PROCESSO FAMILIAR | | | |
| Categoria <u>Negociar</u> | | | | |
| Negociar autocuidado: higiene | AUTOCUIDADO | 1 | P9 | 1 |
| Negociar ingestão de líquidos | NUTRIÇÃO | 1 | P2 | 1 |
| Negociar regime medicamentoso | AUTOCUIDADO | 4 | P6 P8 P9 P12 | 4 |
| | COGNIÇÃO | | | |
| Negociar tratamentos | AUTOCUIDADO | 1 | P9 | 3 |

| <i>Categoria Promover</i> | | | | |
|---|-------------------|----------|------------------------------|------------|
| Promover adesão ao regime terapêutico | ADAPTAÇÃO | 4 | P2 P6 P8 P9 | 7 |
| | AUTOCUIDADO | | | |
| | EMOÇÃO | | | |
| | ESTILOS DE VIDA | | | |
| Promover autocuidado: actividade recreativa | AUTOCUIDADO | 1 | P8 | 1 |
| Promover auto-estima | AUTO-ESTIMA | 1 | P6 | 1 |
| Promover banho de relaxamento | SENSAÇÕES | 1 | P9 | 4 |
| Promover privacidade | ESTILOS DE VIDA | 1 | P8 | 1 |
| Promover relação dinâmica | INTERACÇÃO SOCIAL | 1 | P6 | 1 |
| Promover sono | REPARAÇÃO | 1 | P9 | 1 |
| <i>Categoria Reforçar</i> | | | | |
| Reforçar regime terapêutico | AUTOCUIDADO | 1 | P2 | 1 |
| Totais: | | 7 | P1 P2 P4 P6 P8 P9 P12 | 116 |

As IE desta natureza são essencialmente realizadas às crianças dos PC P9 (42 UR – 36,2%) e P12 (40 UR – 34,5%), que, como já foi referido, apresentam alterações da percepção ou do conteúdo do pensamento. Este facto parece refletir a necessidade de um técnico em permanência com as crianças com este tipo de problemática. Nestas situações, o enfermeiro necessita de ajudar e assistir a criança nas várias atividades inerentes ao Autocuidado e estar presente, quase em permanência, no sentido de conferir segurança e conforto à criança. De todas as IE identificadas, destacam-se *Confortar criança* (13 UR – 11,2%) e *Disponibilizar [presença]* (40 UR – 34,5%) pelo maior número de UR, identificadas nos RE de três PC (P6, P9 e P12).

Nos RE analisados, a IE *Confortar*²⁶ *criança* emerge da necessidade do enfermeiro promover a segurança e tranquilidade à criança ansiosa, com alterações da cognição ou com insónia.

"[Na sequência de efeito secundário da medicação] *Foi tranquilizada (...)*" [P6, Tarde, 20-09-2012]

"*Apesar de se procurar tranquilizar e promover a confiança na enfermeira* [mantém delírio] (...)" [P9, Tarde, 26-09-2012]

*Disponibilizar*²⁷ *[presença]*, dando resposta aos mesmos três fenómenos de enfermagem (Cognição, Emoção e Reparação) e às mesmas três crianças dos PC analisados (P6, P9 e

²⁶ "Confortar é um tipo de Relacionar com as características específicas: consolar alguém nos momentos de necessidade." (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 156)

²⁷ "Disponibilizar é um tipo de Relacionar com as características específicas: estar disponível nos tempos de necessidade." (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 155)

P12), traduz a necessidade de permanência de um técnico junto da criança com vista a minimizar o problema que manifesta, através do estabelecimento de uma relação de confiança. “Esta intervenção [Disponibilizar presença] é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo que deve ser valorizada pelo enfermeiro, no sentido de criar as condições indispensáveis à partilha e à confiança mútua” (Sequeira, 2006, p.136). Parece, ainda, assumir grande relevância para a tradução da importância de um rácio de enfermeiros adequado, que possibilite oferecer este tipo de acompanhamento à criança com estas problemáticas.

"Procura dar a mão aos técnicos referindo: "fica aqui comigo porque tenho muito medo" (sic)."

[P12, Manhã, 09-10-2012]

"Manteve-se sempre na companhia de um técnico a seu pedido." [P9, Manhã/Tarde, 29-09-2012]

A dimensão *Atender*, ao ser composta pelo maior número de categorias das cinco dimensões, isto é, maior número de termos do eixo de ação, ajuda a traduzir as diferentes formas que o enfermeiro na UIPIA considera para estabelecer relação com a criança internada. Das dimensões analisadas, esta talvez seja a que mais clarifica a influência da teoria de Peplau na prática clínica na UIPIA, já que esta teórica também enfatiza a RT pessoa-enfermeiro no cuidado de enfermagem. Contudo, importa não esquecer o facto de num dos PC alvo de análise (P10), nenhuma das IE deste tipo ser identificada. Da análise da IE desenvolvidas especificamente para a criança do P10, são preponderantes as IE do tipo *Observar*, identificando-se apenas uma IE do tipo *Informar*. A menor mobilização de intervenções de natureza relacional com esta criança parece ser justificada pelo facto de criança do P10 ter desde logo aderido ao projecto terapêutico proposto. Desde o primeiro momento, a criança, que apresentava uma perturbação do comportamento alimentar, alimentou-se da totalidade da dieta, interagiu adequadamente com o grupo e pareceu aceitar o seu projecto terapêutico, exigindo ao enfermeiro que apenas vigiasse o seu comportamento, no sentido de garantir a continuação da sua recuperação.

3.1.1.3.3.1.1.5. Informar

Por último, a dimensão denominada **Informar**²⁸ traduz as IE em que o enfermeiro da UIPIA dá informação, explica ou orienta para um determinado tema relacionado com a saúde da criança (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003). É a categoria com menor número de UR (14 – 1,2%) constituída por IE que emergem de RE de sete PC (Quadro 21 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Informar), na sua maioria apresentadas de forma explícita (11 UR – 78,6%). Para esta dimensão foram identificadas quatro categorias que correspondem a quatro termos do eixo de ação (*Explicar, Informar, Instruir e Orientar*).

Quadro 21 – AD // IE Autónomas / Fenómeno de Enfermagem: Dimensão Informar

| Dimensão <u>Informar</u> | | | | |
|--|-------------------------------|---|------------------------|----|
| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | Foco da prática de enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
| Categoria <u>Explicar</u> | | | | |
| Explicar dieta | NUTRIÇÃO | 2 | P2 P10 | 2 |
| Explicar regime terapêutico | AUTOCUIDADO | 2 | P2 P9 | 2 |
| Categoria <u>Informar</u> | | | | |
| Informar família | ADAPTAÇÃO | 4 | P1 P2 P6 P12 | 6 |
| | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | | | |
| | NUTRIÇÃO | | | |
| Categoria <u>Instruir</u> | | | | |
| Instruir criança | ADAPTAÇÃO | 3 | P4 P6 P9 | 3 |
| | EMOÇÃO | | | |
| Categoria <u>Orientar</u> | | | | |
| Orientar para técnica de posicionamento | RESPIRAÇÃO | 1 | P4 | 1 |
| Totais: | | 7 | P1 P2 P4 P6 P9 P10 P12 | 14 |

Das IE identificadas, destaca-se *Informar família*, com 6 UR, desenvolvida no sentido de dar resposta a três fenómenos de enfermagem (Adaptação, Interacção de Papéis e Nutrição). Essencialmente, foram desenvolvidas no sentido de tornar mais clara a problemática da criança e esclarecer dúvidas dos pais/figura tutelar e fornecer as melhores estratégias a desenvolver pelos mesmos para ajudar a criança.

"Feita Informação Familiar no sentido de apoio, gestão de expectativas e de conflitos (...)" [P6, Tarde, 20-09-2012]

²⁸ "Informar é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa." (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 156)

"A mãe e a tia vieram à unidade para visitar a X. Conversado com ambas sobre o estado/ quadro da X ao longo da manhã. Foram tranquilizadas (...)" [P12, Manhã, 07-10-2012]

3.1.1.3.3.1.2. Intervenções de Enfermagem Autônomas associados a atividades terapêuticas

A prática clínica de enfermagem da UIPIA pode ainda ser traduzida pelas IE autônomas associadas a AT. As AT são desenvolvidas na UIPIA com recurso a vários mediadores (expressivos, de movimento, dramáticos, entre outros). Habitualmente são desenvolvidas em grupo, pela equipa de enfermagem em turno. Da análise emergiram 12 AT, em 70 UR, que constam nos RE de todos os PC (Quadro 22 – AD // IE Autônomas / Atividades Terapêuticas e Apêndice 6 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Autônomas / Atividades Terapêuticas).

Quadro 22 – AD // IE Autônomas / Atividades Terapêuticas

| Subcategoria – Intervenção de Enfermagem | n | Processos Clínicos | UE |
|---|----------|---------------------|-----------|
| <i>Categoria Executar</i> | | | |
| Executar terapia pela actividade [de expressão plástica] | 6 | P2 P6 P4 P8 P10 P12 | 16 |
| Executar terapia pelo jogo | 3 | P1 P2 P4 | 8 |
| Executar terapia pela actividade [de cinema] | 4 | P1 P4 P8 P10 | 7 |
| Executar terapia de grupo | 4 | P1 P2 P8 P10 | 6 |
| Executar terapia de relaxamento simples | 5 | P1 P2 P6 P4 P10 | 6 |
| Executar terapia pela actividade [lúdica] | 4 | P1 P6 P8 P12 | 6 |
| Executar terapia pela actividade [de escrita] | 5 | P1 P2 P4 P8 P9 | 6 |
| Executar terapia pela actividade [de reunião comunitária] | 5 | P1 P2 P6 P8 P12 | 5 |
| Executar terapia pela actividade [de cuidados ao corpo] | 4 | P1 P8 P9 P10 | 4 |
| Executar terapia pela actividade [de culinária] | 3 | P1 P4 P6 | 3 |
| Executar terapia pela actividade [de venda de alimentos] | 2 | P1 P6 | 2 |
| Executar terapia pela actividade [de passeio] | 1 | P1 | 1 |
| Totais: | 8 | Todos | 70 |

Dos RE analisados, surge com maior frequência a IE de *Executar terapia pela [expressão plástica]* em RE de 6 PC, com 16 UR (22,9%). Esta AT alberga o recurso a mediadores como a pintura, a modelagem ou o desenho, e visa, acima de tudo, permitir à criança que narre graficamente (Santos, 2009) “o seu estado de alma e de espírito sem dar conta” (Bédard, 2005, p. 8), assumindo-se que o “o traço, o desenho e toda a actividade gráfica são representação mental que intencionalmente deixa vestígio de um gesto, significante de emoção, experiência vivida, conhecimento” (Santos, 2009, p.143).

"Esteve a realizar actividade de gesso após bastante incentivo. Pretendeu, inicialmente, realizar cinzeiro para oferecer ao namorado. Descentralizada dessa ideia, tendo dificuldade em pensar sobre outra ideia. Acaba por realizar moldura, tendo dificuldade no planeamento da actividade. Baixa tolerância à frustração, desistindo da tarefa." [P6, Tarde, 23-09-2012]

A IE de *Executar terapia pelo jogo* surge em RE de três PC em oito UR (11,4%). O enfermeiro promove a realização de um jogo em grupo com vista à promoção do conhecimento de cada um dos elementos, aumentando com isso a confiança entre estes. "O imaginário desenvolve-se e expande-se no diálogo e nos jogos espontâneos." (Santos, 2007 p.149). Através dos jogos, as crianças adquirem a capacidade de apreciarem de forma mais positiva e realista as restantes crianças e veem facilitadas as relações interpessoais positivas e gratificantes (Manes, 2009). Os "jogos pantomímicos, o brincar e o simulacro, servem afinal para desenvolver as aptidões potenciais da criança e, portanto, não só melhoram a percepção, a imaginação e o conhecimento, como permitem à criança verificar que nem tudo o que parece é." (Santos, 2009 p. 201).

"Participou nos jogos de grupo de tabuleiro. Revela grande competitividade ao longo do mesmo querendo destacar-se." [P2, Manhã, 16-09-2012]

Executar terapia pela actividade [de cinema] (sete UR – 10%), emergente em RE de metade dos PC (4), traduz a mobilização de filmes para a abordagem de temáticas emergentes do grupo. Após a visualização de um filme, é sugerido à criança que identifique os sentimentos que lhe foram suscitados e os partilhe com o restante grupo, com vista à reflexão e apropriação da mensagem do filme, como forma de melhorar as capacidades de cada uma das crianças na resolução dos problemas do dia a dia e dos que justificaram o internamento.

"Esteve a ver o filme com interesse e concentração." [P4, Manhã, 19-09-2012]

Dando resposta às atividades em grupo, em que se recorre essencialmente à palavra, surge, a IE de *Executar terapia de grupo* (seis UR – 8,6%), em quatro PC. Ao longo desta AT, a partilha dos sentimentos e opiniões de cada uma das crianças é o que a enriquece, almejando que a criança se aproprie de alguns aspetos abordados, que considere importantes para si e para a sua problemática.

"Na discussão sobre o processo de saúde, na actividade de grupo, a jovem reconhece a necessidade de ajuda ao confrontar-se com o internamento. Sienta os seus pensamentos obsessivos, a perda de controlo e sentir-se perdida e reconheceu a situação de risco inerente à sua saúde." [P10, Manhã, 30-09-2012]

Também de grande relevância para a prática de enfermagem, a IE de *Executar terapia de relaxamento simples* (seis UR – 8,6%), emerge em cinco PC. A sua mobilização possibilita à criança, independentemente de manifestar ou não ansiedade, tensão ou agressividade, que entre em contacto consigo e possa vivenciar sentimentos de tranquilidade. Relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (Ryman, 1995, citado por Payne, 2003). Esta IE assume particular relevância tendo em conta a situação de crise em que a criança se encontra no momento do internamento.

"Efectuada sessão de relaxamento muscular manifestando (-) tensão muscular/ rigidez postural."

[P1, Manhã, 01-09-2012]

Igualmente emergente em quatro dos oito PC, a IE de *Executar terapia pela actividade [lúdica]* (seis UR – 8,6%) traduz a realização de atividades que possibilitem à criança estar em interação com o grupo de pares de forma não só a conferir prazer e bem-estar à mesma, mas ainda a promover o seu desenvolvimento. Com vista a conferir segurança ao cliente e ao seu meio envolvente e tendo em conta a possibilidade de melhorarmos o conhecimento da criança, o enfermeiro pode “(...) convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente” (Direção Geral de Saúde, 2011, p.3).

"Integrou posteriormente a actividade de grupo, realizar pulseiras em fio com aparente interesse, apresentando fâcias menos triste." [P8, Tarde, 27-09-2012]

A IE *Executar terapia pela actividade [de escrita]* (seis UR – 8,6%) ajuda a criar condições à criança para que expresse os seus sentimentos/emoções através da escrita. Através da escrita, a criança apropria-se de uma forma mais organizada e estruturada do que vai sentindo e possibilita-lhe “consultar-se” futuramente e perceber as evoluções que vai fazendo de si própria.

"Esteve por um período a escrever nas suas folhas, referindo que é uma espécie de Diário." [P2, Tarde, 12-09-2012]

As IE de *Executar terapia pela actividade [de reunião comunitária]* (cinco UR – 7,1%) e *Executar terapia pela actividade [de venda de alimentos]* (duas UR – 2,9%) são realizadas em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar. Planeadas, habitualmente, para todas as quartas-feiras, na primeira IE é promovida a partilha e discussão em grupo de temas comuns trazidos pelas crianças internadas, que podem estar relacionados com receios comuns, como o medo e o desejo da alta, ou então sobre aspetos da unidade que gostariam de melhorar.

Em seguida, é promovido um momento de convívio entre todos onde é partilhado o doce/guloseima realizado no dia anterior na IE de *Executar terapia pela actividade [de culinária]* (três UR – 4,3%). Nesta actividade é confeccionada uma receita em grupo, promovendo a interação e interagida entre as crianças e em situações específicas poderá ajudar a promover a expressão da agressividade pelo manuseamento dos diferentes alimentos. As crianças internadas por Perturbação do Comportamento Alimentar participam nesta actividade, apenas quando atingem a etapa que permite a sua realização. Por sua vez, durante a IE de *venda de alimentos* é promovida a autoestima das crianças, através do reforço positivo sobre o que conseguiram produzir em conjunto, constituindo-se ainda como um momento ideal para avaliar a reacção das crianças com perturbação do comportamento alimentar face à alimentação partilhada.

"Participou na actividade - reunião comunitária; assumindo uma postura essencialmente observadora." [P2, Manhã, 12-09-2012]

"(...) participou na organização da banca das guloseimas." [P6, Manhã, 26-09-2012]

"Muito empenhado na actividade de culinária, mostrando motivação/dedicação." [P4, Manhã, 18-09-2012]

Suscitada em quatro UR (5,7%) ao longo dos RE de quatro PC, a IE de *Executar terapia pela actividade [de cuidados ao corpo]* é realizada habitualmente com vista à promoção do autocuidado e do bem-estar da criança. Através desta, a criança cuida e permite cuidar-se pelas outras crianças, melhorando a sua autoestima e autoconceito.

"Participou com grande agrado na actividade de beleza. Bastante cuidada na sua imagem. Promovendo também os cuidados aos outros jovens." [P10, Manhã, 02-10-2012]

Com uma menor evidência nos RE analisados, emerge a IE de *Executar terapia pela actividade [de passeio]* apenas numa UR (1,4%) Nesta AT é promovido um passeio pelo recinto hospitalar, como medida de distração e alívio da ansiedade decorrente de estar internado num ambiente essencialmente fechado e limitativo.

Aquando do internamento na UIPIA, é avaliado pelo médico de urgência ou médico assistente a presença ou não de critérios que justifiquem o internamento da criança, sendo que, depois de internadas, as crianças são integradas numa terapia do tipo institucional. "O cuidado de clientes na comunidade terapêutica é dirigido por equipa de tratamento interdisciplinar. É

realizada uma avaliação inicial pelo psiquiatra de serviço, enfermeiro ou outro elemento da equipa designado que estabelece uma prioridade de cuidados” (Townsend, 2011, p.204).

Contrariamente às IE apresentadas, anteriormente, que estão centradas numa necessidade manifestada pela criança (Fenómeno de enfermagem), estas IE, com recurso às AT, são estruturadas, planeadas e desenvolvidas a todas as crianças internadas, salvo as devidas exceções que se aplicarem, parecendo ser-lhe atribuído um foco de enfermagem comum – o estabelecimento de relações. Através do favorecimento de relações interpessoais na criança, o enfermeiro crê “melhorar a saúde psicológica e o funcionamento do indivíduo” (Skinner, 1979, citado por Townsend, 2011). Tal como afirma Townsend (2011), também as crianças internadas na UIPIA são igualmente estimuladas a ser participantes ativos na sua terapia e são reforçadas na sua autonomia.

A *Milieu* Terapia, desenvolvida entre a década de 60 e 80, parece oferecer à criança, através da interação com as restantes crianças internadas, um conjunto de experiências que lhe permite tomar consciência da sua problemática, de quais os aspetos a melhorar e as estratégias adaptativas a desenvolver, o que parece assemelhar-se à realidade da UIPIA. O enfermeiro mobiliza as potencialidades da criança, melhorando-as, tornando-a mais competente para cuidar de si após a alta. “Peplau continuou a acreditar que a maioria das perturbações psicológicas iria reagir a um ambiente securizante de apoio e cuidado (Callaway, 2013, p. 539).” Estas IE permitem ainda ao enfermeiro melhorar o conhecimento que detém sobre a criança, o que o ajuda a definir as opções terapêuticas a mobilizar por si e pela restante equipa multidisciplinar.

a correcta organização das actividades de grupo, o apoio às necessidades individuais e o respeito pelas particularidades de cada doente, bem como a boa e equilibrada relação interpessoal na equipa terapêutica, são as pedras de toque do «clima» psico e socioterapêutico que deve envolver a comunidade hospitalar (Coimbra de Matos, 2012, p.46).

3.1.1.3.3.2. Intervenções de Enfermagem Interdependentes

Ao longo da análise das IE do RE em Diário de Enfermagem, emergiram, para além das IE autónomas, as IE interdependentes. As IE interdependentes decorrem de uma prescrição médica assumindo o enfermeiro a responsabilidade pela sua implementação e não pela prescrição (OE, 2001; OE, 2012). Num total de 80 UR estas refletem três aspetos distintos, sendo eles a *Administração de terapêutica*, a *Avaliação dos parâmetros vitais* e os *Procedimentos auxiliares de diagnóstico* (Quadro 23 – AD // IE Interdependentes e Apêndice 7 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem Interdependentes).

Quadro 23 – AD // IE Interdependentes

| Categoria | n | Processos Clínicos | UE |
|---|----------|---------------------------|-----------|
| Administração de terapêutica | 7 | P2 P4 P6 P8 P9 P10 P12 | 62 |
| Avaliação dos Sinais Vitais | 2 | P2 P9 | 3 |
| Procedimentos auxiliares de diagnóstico | 8 | Todos | 15 |
| Totais: | 8 | todos | 80 |

Na primeira categoria, a IE de *Administração de terapêutica* emerge em 62 UR, em RE de sete PC, e traduz, na sua maioria, a administração de medicamentos em SOS. Em todo o CHLC, o registo de administração de terapêutica pelo enfermeiro é realizado formalmente no Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM), que cruza a prescrição do médico, a gestão de *stocks* pela farmácia, as dietas e a administração de terapêutica pelo enfermeiro. Contudo, o enfermeiro na UIPIA parece sentir a necessidade de registar em Diário de Enfermagem, o contexto que desencadeou a administração de cada medicamento em SOS, parecendo almejar com isso produzir evidência quanto ao que é mais e/ou menos eficaz em determinada circunstância e para cada criança. O facto da prática clínica de enfermagem estar alicerçada na RT, como se concluiu da análise do GF, poderá justificar esta opção, já que o fenómeno de enfermagem e o contexto em que decorre a administração da terapêutica assume grande variabilidade de acordo com a criança alvo de cuidados.

"Fez S.O.S. às 11:00 Diazepam 10mg com pouco efeito tendo sido administrado cloropromazina 25mg que surtiu efeito. Ficou mais calmo e menos reactivo." [P9, Manhã, 27-09-2012]

Uma das terapêuticas administradas pelo enfermeiro e que consta no registo em Diário de Enfermagem é o EMLA. O EMLA é um anestésico combinado de lidocaína e prilocaína, que aplicado sobre a pele onde será realizada a colheita de sangue, visa a redução da dor

decorrente do procedimento. Tem uma utilização alargada no contexto pediátrico em que o medo de alteração da autoimagem e da lesão corporal constitui a principal ameaça verbalizada pelas crianças, nomeadamente, as crianças em idade escolar (Conceição & Martins, 2001; Justus e col., 2006). Talvez pelo facto de o enfermeiro não necessitar de prescrição médica para aplicar o EMLA, justifique o facto do registo da sua administração ser feito em diário de enfermagem.

A IE de *Avaliação dos Parâmetros Vitais* é outra das IE que decorre de prescrição médica. Emerge por três vezes em RE de dois PC.

"TA= 99/58 FC=55 (23H40)." [P2, Noite, 12-09-2012]

À semelhança da *Administração da terapêutica*, o enfermeiro recorre ao Diário de Enfermagem para se referir às alterações dos valores tensionais, registando as restantes avaliações diárias em Folha de Avaliação de Sinais Vitais. Esta situação resulta em duplicação dos RE e parece visar a garantia da continuidade de cuidados, sem perda de informação.

Por último, a IE de *Procedimentos auxiliares de diagnóstico* emerge em 13 UR, em todos os PC. Esta categoria contempla as colheitas de espécimes, como o sangue. Contrariamente às IE anteriormente descritas, o Diário de Enfermagem é o meio formalmente destinado ao seu registo.

"8h - Colheu sangue para análises." [P6, Noite, 21-09-2012]

3.1.1.3.3.3. Intervenções de Enfermagem de cariz organizacional

O enfermeiro assume um papel de gestor de cuidados, sejam estes prestados por si próprios ou pelos outros profissionais, procedendo ao registo e desejando uma abordagem organizada e planeada dos cuidados. Como tal, a tradução das IE é fundamental na organização dos cuidados à criança. Em RE de sete PC, em 25 UR, o enfermeiro faz referência a aspetos de cariz organizacional, que são de indiscutível importância para a continuidade de cuidados à criança (Quadro 24 – AD // IE de cariz organizacional e Apêndice 8 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de Enfermagem de cariz organizacional).

Quadro 24 – AD // IE de cariz organizacional

| Categoria | n | Processos Clínicos | UE |
|---|----------|---------------------------|-----------|
| Observação clínica por outros profissionais | 3 | P2 P4 P9 | 3 |
| Notas para a equipa | 7 | P2 P4 P6 P8 P9 P10 P12 | 14 |
| Notas acerca da criança | 5 | P4 P6 P8 P10 P12 | 6 |
| Totais: | 7 | P2 P4 P6 P8 P9 P10 P12 | 25 |

Os aspetos relacionados com a *Observação clínica por outros profissionais* traduzem as situações em que a criança foi observada por médicos de outra especialidade, que não pedopsiquiatria. Consta em três UR, em RE de três PC.

"A Dr. X pediu colaboração da pneumologia para observação do jovem." [P4, Manhã, 18-09-2012]

Outra das categorias emergentes da análise dos RE reporta-se às *Notas para a equipa* que traduzem informação essencialmente organizacional e que não é respeitante à situação da criança. Emergem em 16 UR, em sete PC, o que ajuda a traduzir a sua importância no seio da prestação de cuidados na UIPIA.

"Nota: Fica no processo acordo de promoção e protecção" relatório relativo a X [P4] e a Y [irmã de P4]." [P4, Manhã, 18-09-2012]

Por último, destacam-se as *Notas acerca da criança*, presentes em seis UR, em cinco PC e que traduzem informação relativa à criança, que não se enquadra nem em IE autónomas, nem interdependentes, mas que são consideradas relevantes para a continuidade de cuidados.

"Está menstruada." [P12, Tarde, 08-10-2012]

3.1.1.3.3.4. Outros dados das Intervenções de Enfermagem

Ao longo da colheita e análise dos dados, certos aspetos formais e do conteúdo dos registos despertaram a atenção para a sua análise. Ao longo de 80 UR, em todos os PC, surgem repetições de informação, dados que deveriam constar noutros locais do RE, entre outros aspetos, considerados interessantes de ressaltar da análise (Quadro 25 – AD // Outros dados das IE e Apêndice 9 – Análise Documental – Análise de Conteúdo dos Outros dados das Intervenções de Enfermagem).

Quadro 25 – AD // Outros dados das IE

| Categoria | n | Processos Clínicos | UE |
|--------------------------------------|----------|---------------------------|-----------|
| Admissão | 4 | P2 P4 P6 P9 | 9 |
| Dados desnecessários | 8 | Todos | 41 |
| Inferência a partir dos documentados | 4 | P1 P2 P9 P10 | 9 |
| Omissão da intervenção | 2 | P6 P9 | 4 |
| Registo duplicado com o anterior | 1 | P1 | 6 |
| Registo paradoxal | 1 | P4 | 1 |
| Repetição da informação em registo | 6 | P2 P4 P6 P8 P9 P10 | 11 |
| Totais: | 8 | Todos | 80 |

Em nove UR, inseridas em RE de quatro PC, resulta informação relativa à *Admissão* da criança à UIPIA, a qual deveria estar incluída no instrumento destinado ao efeito. Acima de tudo, esta informação traduz algumas das IE inerentes à Avaliação Inicial da criança na UIPIA e que foi alvo de análise num estudo de investigação com a mesma população, realizado pela enfermeira que colaborou no GF.

"(...) *explicação de normas do serviço.*" [P2, Tarde, 11-09-2012]

Com o maior número de UR desta categoria (41 UR), em todos os PC, emergiu informação considerada desnecessária (*Dados desnecessários*) para os SIE (Silva, 2006), já que não traduz informação de qualidade relativa à criança.

"*Fica no leito.*" [P1, Tarde, 02-09-2012]

"*Sem outros aspectos relevantes.*" [P2, Manhã, 18-09-2012]

Da análise das IE, é ainda registada informação que pode ser *inferida a partir dos dados documentados* (Silva, 2006), resultando em duplicação do registo elaborado. Identificaram-se em nove UR, em quatro PC.

"Foi feita avaliação ponderal, tendo apresentado um aumento 300 gr, no momento apresenta 37,200 kg." [P1, Noite, 06-09-2012]

Ainda do ponto de vista do conteúdo do RE, em quatro UR, de dois PC, é possível identificar expressões em que o enfermeiro relata ter intervindo sobre algo manifestado pela criança, sem traduzir realmente o que realizou, resultando isso na *Omissão da intervenção* do enfermeiro. Mais uma vez, fica patente a dificuldade do enfermeiro em nomear a IE que desenvolve.

"Foi feita intervenção no sentido de aguentar-se no leito;" [P6, Noite, 24-09-2012]

"(...) ficando tranquilo após intervenção de Enf.ª." [P9, Tarde, 28-09-2012]

Em uma UR, é evidenciado pelo enfermeiro um *registo paradoxal* quanto ao estado da criança. Nesta UR, um enfermeiro traduz que a criança se encontrava a dormir no final do seu turno e o colega do turno seguinte relata que a criança se mantinha acordada.

Do ponto de vista da forma do registo, importa ainda traduzir a *repetição de um RE* de turno. Nesse dia, dois enfermeiros registaram dados relativos à mesma criança, durante o mesmo período de tempo. Emergem assim seis UR, que traduzem as IE traduzidas do RE duplicado.

Por último, importa ainda evidenciar *o registo duplicado* num mesmo RE. Em 11 UR, de RE de 6 PC, o enfermeiro relata de forma repetida aspetos da vigilância da criança. Como exemplo, o enfermeiro relata a alimentação da criança no geral ao longo do turno e depois volta a registar relativamente a uma refeição específica, num mesmo turno.

A AD foi realizada, contrariamente ao planeado, apenas sobre os diários de enfermagem, pelo facto de nenhuma das notas de alta, dos PC analisados, ter sido elaborada durante o período que durou a colheita de dados. A partir deste facto consegue identificar-se à partida uma das vantagens associadas ao uso do registo informático como forma de também sistematizar a realização das notas de alta/transferência na UIPIA.

3.1.1.4. Discussão dos resultados do Grupo Focal e da Análise Documental

Da aplicação dos dois instrumentos e da posterior análise dos dados colhidos são percebidas algumas semelhanças no conteúdo expresso oralmente, através do GF e, por escrito, nos RE diários, dos enfermeiros da UIPIA.

O traduzido de forma mais evidente na análise dos dados foi o facto da IE na UIPIA estar profundamente centrada na relação que a criança internada estabelece, quer com o enfermeiro, quer com as restantes crianças internadas. Nomeadamente, isto é constatado na análise da documentação dos RE que revelou, para as IE do tipo *Atender*, o maior número de termos do eixo de ação. Esta questão está intimamente relacionada com o facto do enfermeiro se recorrer, dos vários momentos do dia, para mobilizar a RT como forma de intervir e “tomar conta” (*Atender*, CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 154) da criança. Para além disso, o registo em duplicado da administração de terapêutica em SOS, isto é, no SGICM e no Diário de Enfermagem, justifica-se pelo facto do enfermeiro compreender esta IE interdependente como um momento para também conhecer e intervir sobre a criança internada. Ainda assim, importa não esquecer que na administração de medicamentos em SOS, o enfermeiro é autónomo para decidir o momento da administração, o que o pode levar a ter maior necessidade de justificar a sua decisão e intervenção.

Da análise do GF é, por sua vez, concluída a profunda apropriação da teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau por parte da equipa de enfermagem da UIPIA. Esta teórica reforça o carácter fundamental das relações interpessoais estabelecidas pela pessoa, para o seu desenvolvimento e crescimento, sejam elas do ponto de vista social ou terapêutico, quando essa relação é estabelecida ou promovida pelo enfermeiro.

Quanto à importância das relações interpessoais, é ainda evidenciada, ao longo da análise dos dados do GF, a necessidade da estruturação de atividades em grupo durante o internamento, com vista à promoção de vivências reparadoras para a criança, no contacto com as restantes crianças internadas. A análise da documentação dos RE aproxima-se do referido oralmente pelos enfermeiros participantes, ao serem identificadas IE autónomas associadas a AT. Para além de servirem como mediadores para que o enfermeiro estabeleça relação com a criança, a estruturação das AT promove ainda a interação com as restantes crianças internadas. Estes dados reforçam a possibilidade da *Milieu* Terapia ser o método de trabalho enraizado na prática de enfermagem da UIPIA, já que este método reforça também a importância, para a

pessoa internada, da interação com as restantes pessoas internadas, com vista à sua reabilitação e desenvolvimento.

A *Milieu* Terapia contempla ainda alguns pressupostos e condições que parecem aproximar-se tanto dos conceitos do metaparadigma, como das práticas desenvolvidas na UIPIA. Segundo Skinner (1979) devem ser consideradas as potencialidades da criança como sendo favorecedoras da sua recuperação e adaptação aos vários aspetos da sua vida (Townsend, 2011), o que parece assemelhar-se ao conceito de pessoa definido ao longo do GF, que traduz que a criança é singular e, consequentemente, imprevisível no seu comportamento, pelo que o enfermeiro deve ter em atenção o seu contributo único para o ambiente de cuidados e na intervenção que desenvolve. O mesmo autor reforça ainda a impossibilidade de não se interagir, afirmando que “a aprendizagem ocorre a partir do *feedback* imediato das percepções pessoais” (Townsend, 2011, p.202). Na UIPIA, as crianças mantêm-se preferencialmente em grupo, em constante interação, o que disponibiliza ao enfermeiro a possibilidade de, ao longo do dia, mobilizar essas interações para a sua intervenção. Conjuntamente, também as IE identificadas do tipo *Observar*, cuja prevalência é muito superior às restantes IE autónomas (80%), parecem contribuir para este pressuposto. Na UIPIA, o enfermeiro procura estar presente e observar a criança nos variados momentos do dia, recorrendo-se desses mesmos momentos para também intervir. Todos os momentos são bons momentos para estar em interação com a criança, pelo que a disponibilização da presença do enfermeiro é fundamental, nomeadamente na UIPIA, sendo esta a IE autónoma, da dimensão *Atender*, com o maior n.º UR.

Na *Milieu* Terapia, a pessoa assume ainda a responsabilidade do seu comportamento e na decisão sobre os aspetos relacionados com a unidade, almejando não só a satisfação das necessidades do grupo, como um todo, mas também o respeito pela sua autonomia (Townsend, 2011). Na UIPIA, estes pressupostos parecem justificar o planeamento das AT de acordo com as necessidades e solicitações do grupo e ainda a realização da IE *Executar terapia pela atividade [de reunião comunitária]*. Durante esta AT é promovido ao grupo de crianças internadas que se expresse, quanto àquilo que deseja melhorar no ambiente do internamento. No que diz respeito ao ambiente de cuidados preconizado para *Milieu* Terapia, este parece igualmente ir de encontro à definição do mesmo conceito pela equipa ao longo do GF. Em ambos os conceitos, é descrita a importância de se oferecer um ambiente familiar e individualizado à criança, que lhe permita, simultaneamente, conseguir privacidade e promover a interação com os pares.

Durante as AT, o foco de enfermagem poderia, segundo a linguagem CIPE[®], ser o de Relação Dinâmica. Contudo, este foco é partilhado por todas as crianças não como uma necessidade a ser satisfeita, mas como um meio para que possa ser promovida a sua saúde. Apesar disso, esta questão não é viabilizada pela plataforma SClínico[®] cujo modelo, profundamente centrado na tradução do trabalho autónomo do enfermeiro, está focado nas necessidades do cliente. Também as AT são mobilizadas de forma autónoma, contudo a sua finalidade não passa apenas por colmatar uma necessidade não satisfeita da criança. Pretende-se também facilitar o seu processo de recuperação, através da interação que estabelece com as restantes crianças internadas, sob a mediação e promoção do enfermeiro. As AT visam potenciar e promover o desenvolvimento da criança, estando mais viradas para a saúde, enquanto as outras IE autónomas, em resposta a um fenómeno de enfermagem, parecem estar mais debruçadas sobre os processos de doença da criança.

Apesar da intensa aproximação com o método de *Milieu* Terapia, importa não esquecer a dicotomia que emergiu, ao longo do GF, entre este método e o método por enfermeiro de referência. Talvez, no contexto da UIPIA, estes dois métodos se possam complementar. Estando ambos profundamente ligados à RT, o primeiro promove a interação do ponto de vista social e é beneficiada especialmente por crianças que têm dificuldade no recurso à palavra, para traduzir o seu sofrimento. Por sua vez, a relação dual oferecida pelo método por enfermeiro de referência, é mais adequada para crianças com maior dificuldade na expressão das emoções pelo corpo, recorrendo com maior facilidade à palavra como expressão do seu sofrimento e apropriação de estratégias a desenvolver. Em relação dual, pela continuidade que é oferecida, é possível a criança se expor sobre assuntos mais privados e beneficiar de uma intervenção totalmente direcionada a si e, provavelmente, mais aprofundada sobre a sua problemática.

Ao longo do GF, os enfermeiros concordam também com o facto de o enfermeiro ser portador de características pessoais e únicas que traz inevitavelmente para a relação, pelo que deve conhecer-se, identificando o impacto que cada um dos fenómenos da RT pode ter sobre a sua intervenção. Segundo Peplau, esta singularidade tanto da criança, como do enfermeiro, é de facto o que oferece riqueza à relação que é estabelecida. A importância conferida à RT pelos enfermeiros participantes torna-se igualmente evidente pela consciência dos mesmos quanto à presença destes fenómenos na RT, sendo esta a categoria que contempla o maior número de referências ao longo do GF. Contudo, importa destacar que a quase totalidade dos

participantes ou é EESM ou é estudante do CMESMP, o que pressupõe um processo de promoção do autoconhecimento e desenvolvimento de competências, nomeadamente, no reconhecimento da presença e na gestão destes fenómenos na RT. Para o favorecimento do autoconhecimento do enfermeiro na RT, foram identificados os momentos de Intervisão e de partilha de sentimentos mais informal como as passagens de turno.

Para além dos aspetos relacionados com a RT, a análise de conteúdo dos dados evidencia ainda a importância da uniformização e formalização da IE na UIPIA. Isto decorre não só da necessidade identificada pelos enfermeiros durante o GF, mas ainda pelo constatado da análise dos RE. No GF, os enfermeiros participantes referem que os RE não dão visibilidade à prática de enfermagem, o que acaba por ser constatado da análise dos RE, uma vez que a maior parte das IE são descritas de forma implícita, com pouca reflexão do processo de enfermagem. A tradução das IE colhidas do RE, de linguagem natural para linguagem CIPE®, foi determinante para a identificação das IE e dessa forma para a compreensão da conceptualização inerente à IE na UIPIA. A partir desta tradução rigorosa da prática de enfermagem foi criado o padrão de documentação em linguagem CIPE® a ser mobilizado pela equipa, e que se deseja que favoreça a consciência dos vários elementos sobre as IE que implementa à criança internada na UIPIA.

Não obstante, ainda é possível destacar a autonomia do enfermeiro no cuidado de enfermagem na UIPIA, não só pelo número elevado de IE dessa natureza que foi identificado, mas também pelas expressões do GF que ajudam a reforçar esta ideia, ao afirmarem que na UIPIA o enfermeiro desenvolve mais intervenções do tipo autónomo do que em outras unidades de cuidados. Acima de tudo, esta questão parece estar relacionada com o crescente investimento da equipa na formação contínua, nomeadamente, na obtenção do grau de EESM.

3.1.2. Prática clínica desenvolvida

O estágio na UIPIA compreendeu igualmente prática clínica, determinante para a aquisição das competências específicas do EESM. A prática clínica teve como objetivos:

- Desenvolver competências específicas do EESM na prestação de cuidados à criança em situação psicopatológica aguda e subaguda²⁹, e sua família.

No início do internamento, é definido pela equipa multidisciplinar, em negociação com a criança e família, um projeto terapêutico, que é posteriormente revisto e reavaliado no âmbito das reuniões clínicas multidisciplinares realizadas diariamente (Almeida, Ferreira & Nabais, 2010). Preconiza-se que o tempo de internamento seja o mínimo necessário para uma intervenção terapêutica em crise.

Hill-Smith, Taverner, Greensmith e Parsons (2012) e Vidigal e col. (2005) reforçam a importância do trabalho multidisciplinar na área da SMIA, nomeadamente, para a melhoria dos cuidados prestados. “Deve-se à equipa, pelo seu trabalho de reuniões e de coordenação, a possibilidade de restituir, mesmo de construir, a unidade fundamental da criança” (Vidigal, 2005, p.18), assumindo-se o enfermeiro “(...) parte de um sistema mais amplo (...) [onde] a comunicação, o cuidado e a coordenação são partes essenciais do seu trabalho diário (trad. do autor)” (Hill-Smith et al., 2012, p.16).

Na UIPIA, o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, assumindo-se o enfermeiro como elemento de referência na organização, definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico definido.

Os momentos de partilha e discussão dos casos clínicos com os restantes membros da equipa multidisciplinar tornou-se uma mais-valia para a aprendizagem, desenvolvimento e consolidação de competências, assim como os momentos de supervisão com o orientador de estágio que me ajudaram a definir e consolidar a minha intervenção e desenvolvimento. Schon (1983), citado por Harrison e Taylor (2010), ajudam a confirmar este sentimento, ao referirem que “a reflexão sobre a acção é essencial para os profissionais de saúde mental [psiquiatria], na medida em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem

²⁹ As situações psicopatológicas agudas e subagudas incluem situações de grande desorganização psíquica e que colocam em risco a vida da criança e família, e que pela sua gravidade não existem respostas em contexto de ambulatório; situações clínicas em que é necessário um esclarecimento de diagnóstico; e situações cujo contexto sociofamiliar é disfuncional ou existe uma ausência de rede social.

desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si como a forma como é experienciada” (p. 288). Através destes momentos, podemos generalizar sobre situações semelhantes no futuro, o que ajuda não só a prevenir situações de sofrimento mas, principalmente, a promover melhores cuidados para o cliente (Wender, 2010).

Durante o estágio na UIPIA, fui enfermeira de referência de duas crianças sobre as quais procurei refletir mais aprofundadamente sobre a minha intervenção, descrevendo-a e analisando-a em seguida.³⁰

A Sandra³¹ tinha nove anos de idade e foi internada na UIPIA por perturbação do comportamento alimentar do tipo restritivo³². Em Agosto 2012 inicia restrição alimentar, com perda ponderal acentuada, e reduz o interesse por atividades de carácter lúdico e na interação social com os pares. “Antes do internamento não era capaz de estar numa catividade do princípio ao fim. Fartava-se logo! Muito ansiosa... Só se preocupava era com a natação e a ginástica.” (sic³³ – pais).

Vivia com os pais e irmão Rui de seis anos. Os pais referem ter ponderado divorciar-se no início do ano de 2012, mas enfatizam viverem uma “boa relação familiar” (sic). Nomeadamente, na relação com a mãe, era descrita uma relação fusional, com angústia de separação, só adormecendo na companhia da mesma. Perante a possibilidade de se separar, reagia com comportamento e discurso regredido (“birra”³⁴), com irritabilidade/ansiedade, agitação psicomotora e choro intenso, com dificuldade em ajustar o comportamento. Descrita, desde pequena, como ansiosa, com alterações do sono, adormecendo sempre na cama dos pais. Nos últimos seis meses, a mãe dormia com a Sandra na sua cama, o que traduz o impacto no sub-sistema casal.

³⁰ “F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão de casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.” (OE, 2010, p.6)

³¹ Todos os nomes apresentados são fictícios.

³² O motivo que despoletou o internamento foi de facto a Perturbação do Comportamento Alimentar, contudo ao longo do internamento, pela melhor observação do comportamento da Sandra, vai-se tornando mais claro que se tratava de um episódio depressivo.

³³ sic – Segundo Informação do Cliente

³⁴ Brazelton e Sparrow (2009), abordando os sinais de preocupação para as birras, revelam que “outra razão para as birras aparentemente sem motivo é a depressão. Mesmo as crianças mais pequenas podem sofrer de depressão, que as pode fazer zangar com muitas intensidade, irritarem-se e descontrolarem-se. Parecem estar tristes a maior parte do tempo e raramente aparentam ter prazer nalguma coisa.” (p. 105).

Frequentava o 4º ano de escolaridade com bom aproveitamento. Desde há cerca de um ano vem demonstrando dificuldade na interação com o grupo de pares, referindo sentir-se excluída pelo mesmo. “Os meus amigos esqueciam-se de mim. Se estávamos a jogar às escondidas, eles encontravam-se uns aos outros e esqueciam-se de me procurar.” (sic – Sandra).^{35 36}

À data de internamento (Novembro 2012)³⁷, pesava 17,700 kg, Índice de Massa Corporal (IMC) = 11,3kg/m² e apresentava alterações analíticas decorrentes da restrição alimentar, pelo que se optou primeiramente por internamento na Pediatria Médica para estabilização do quadro orgânico. Em reunião multidisciplinar na UIPIA, quando discutido o caso da Sandra (que beneficiava de acompanhamento em Pedopsiquiatria de Ligação³⁸), é aceite pela restante equipa multidisciplinar que eu pudesse colaborar, juntamente com a médica assistente, na intervenção com esta família ainda durante o internamento na Pediatria Médica³⁹. Esta intervenção visava essencialmente favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança com a Sandra e sua família, com o intuito facilitar o processo de transição⁴⁰ e a adesão ao protocolo

³⁵ Segundo Marcelli (2005), no episódio depressivo da criança “(...) a falta de interesse se traduz frequentemente pela interrupção das actividades lúdicas ou culturais” (p. 413). Os sentimentos de desvalorização na criança com episódio depressivo “(...) exprime-se (...) a um grau menor, «ninguém gosta de mim», «os meus colegas não gostam de mim», (...) expressões que traduzem o sentimento de perda de amor e (...) de desvalorização e de culpabilidade” (p.413). Podem ainda ser observadas “(...) perturbações do apetite (...) [e] o adormecer é difícil (...)” (p.413)

³⁶ “F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2010, p.4)

³⁷ “Não é raro que este conjunto sintomático inteiramente típico [do episódio depressivo] seja completamente ignorado (ou negado?) pelos que a rodeiam, pelos próprios pais, e que a criança permaneça semestres inteiros neste estado de sofrimento depressivo.” (Marcelli, 2005, p. 414)

³⁸ Pedopsiquiatria de Ligação – A equipa de pedopsiquiatria de ligação é constituída por pedopsiquiatras da UIPIA, que dão apoio nas restantes unidade pediátricas do HDE, no sentido de um “(...) desvendar progressivo do significado pré-consciente e/ou inconsciente de um comportamento, de um sintoma que se inscreve num laço interaccional e transgeracional. (...) Os pediatras solicitam o pedopsiquiatra quando se apercebem da possível existência de uma componente psicopatológica em diversas situações ((...), por exemplo, perturbações do comportamento alimentar, (...))” (Marcelli, 2005, p. 596). Watson (2006) introduz a equipa de enfermagem neste acompanhamento aos restantes serviços do hospital pediátrico, referindo, citando Tunmore & Thomas (1992), que o papel do enfermeiro de ligação é “prestar cuidados, de consultoria, de supervisão, de educação e de realizar pesquisas.” (p.30)

³⁹ “F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2010, p.6)

⁴⁰ “F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.” (OE, 2010, p.6)

clínico da UIPIA para crianças com perturbação do comportamento alimentar (“Plano por etapas”⁴¹).⁴²

Durante esse período, foram trabalhadas e ajustadas as expectativas dos pais e da Sandra face ao novo internamento, esclarecendo-os, quanto às dúvidas e receios, e promovendo a expressão de sentimentos/emoções face a toda a situação de doença. Nos diferentes encontros, a mãe apresentou-se ansiosa, chorando por períodos, e com pouca capacidade de conter a maior agitação/inquietação da Sandra. Muito ambivalente em relação ao internamento da filha. “Lá fora todos me questionam porque internei a minha filha de nove anos num hospital... mas eu já não aguentava mais vê-la assim.” (sic-mãe). Promovida a segurança quanto à sua decisão e a todos os seus receios, nomeadamente de que a Sandra pudesse ficar zangada consigo, por esta ter consentido o seu internamento. Foi acima de tudo reforçada a disponibilidade de toda a equipa para ajudá-los a ultrapassar esta situação de crise⁴³.

Com a Sandra foi promovida uma aproximação gradual⁴⁴, em vários momentos ao longo dos encontros que realizei na Pediatria Médica. Inicialmente, a Sandra não permitia a introdução de qualquer elemento externo na sua dinâmica dual com a mãe, nomeadamente que a mãe se ausentasse, nem que nenhum técnico falasse com a mãe, mesmo que na sua presença. Postura e comportamento regredido, colocando-se de joelhos no chão e baloiçando o corpo, enquanto chorava, apelando à saída imediata dos técnicos.⁴⁵ Devolvida a importância da nossa presença e demonstrada alguma firmeza/contenção face ao comportamento da Sandra, não só no sentido de ajudar a mãe a lidar com o comportamento da Sandra, mas também com o intuito de conferir os limites necessários à RT que se iniciava. Gradualmente começa a

⁴¹ Plano por etapas – O plano por etapas é um protocolo clínico que consiste numa planificação que prevê um conjunto de etapas, associadas a um peso, às quais a criança vai acedendo à medida que aumenta de peso. O plano é personalizado de acordo com o IMC e percentil de peso/altura pré-mórbido da criança e o peso é monitorizado todas as 2ª e 5ª feira. As etapas são as seguintes: “Fazer chamadas”, “Receber chamadas”, “Participar na atividade de culinária”, “Fazer a cama”, “Receber visitas”, “Passeio ao exterior no recinto hospitalar”, “Atividades físicas com esforço”, “Almoço terapêutico”, “Licença de Ensaio”, e, no final, a “Alta Clínica”. Associadas a estas etapas, a criança têm ainda definido um período de tempo para as refeições (pequenas refeições – 15 minutos; grandes refeições – uma hora), um período de repouso após as principais refeições (Pequeno-Almoço, Almoço e Jantar) de 45 minutos e, ainda, a inibição de esforço físico até atingir a etapa de “Atividades físicas com esforço” (Anexo 1 – Protocolo Clínico: Plano Terapêutico por Etapas).

⁴² “F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental e F3.1.4. – Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos.” (OE, 2010, p.5)

⁴³ “Ao longo dos primeiros encontros, as trocas entre o interveniente e o cliente debruçam-se antes de mais sobre a clarificação do pedido de ajuda, as expectativas do cliente, o conhecimento do cliente e a determinação dos papéis que cada um assumirá em função desse pedido.” (Chalifour, 2008, p.121)

⁴⁴ “Consoante o estado do cliente e a complexidade da sua necessidade, esta fase pode limitar-se a um único encontro ou prolongar-se ao longo de várias entrevistas.” (Chalifour, 2008, p. 124)

⁴⁵ Segundo Marcelli (2005), no episódio depressivo da criança “(...) na maioria das vezes verifica-se uma certa agitação, sobretudo quando se pede à criança determinadas tarefas ou momentos de atenção: (...) «está sempre a mexer-se»; «é uma verdadeira pilha» (...). A instabilidade toma muitas vezes a forma de cólera (...), de oposição - «recusa tudo» (...)” (p. 413).

aceitar a nossa presença, não chorando e aceitando-nos enquanto desenhava. Durante esse período do internamento na Pediatria Médica, com a colaboração da pedopsiquiatra, é negociada a ausência dos pais durante as refeições e, posteriormente, durante a noite, procurando não só a promoção do seu desenvolvimento e autonomia, mas também, uma maior semelhança ao ambiente de cuidados na UIPIA⁴⁶. Apesar da grande renitência inicial, a Sandra acaba por concretizar todas as etapas com sucesso. Foi ainda, explicado à Sandra, quais as condições do novo internamento, tendo sido transferida para a Pedopsiquiatria, 13 dias depois, de forma programada⁴⁷.

Durante a transferência, beneficiou da minha presença, no sentido de facilitar esta transição tanto para a Sandra como para os pais. A Sandra mostrou-se muito curiosa face à nova unidade, questionando as suas “regras”. Apesar de ligeiramente chorosa e ansiosa, manifestando-o por agitação psicomotora, deambulando pela unidade, conseguiu despedir-se dos pais, aceitando aparentemente o novo contexto de cuidados.

Numa fase inicial do internamento, a Sandra mantinha a mesma inquietação/agitação psicomotora ao longo do dia, nomeadamente após as refeições, necessitando de uma completa mediação do período de repouso. Durante a noite apresentava dificuldade na manutenção do período de sono, levantando-se várias vezes ao longo da noite para ir à casa de banho. Solicitava a nossa presença junto dela para voltar a adormecer, o que lhe terá sido disponibilizado por diversas vezes, conseguindo gradualmente sentir-se mais segura e, consequentemente, mais autónoma. Progressivamente, vai-se assumindo mais investida no seu projeto terapêutico, compreendendo totalmente o seu papel durante o mesmo e começando a aderir às estratégias propostas. Inicialmente, fazia ligeira restrição alimentar mas gradualmente consegue cumprir a totalidade da dieta. Sempre muito preocupada com o risco de passar o Natal na unidade, por diversas vezes terá ficado mais ansiosa e chorosa, quando refletia sobre essa possibilidade. Durante estes momentos, foi essencialmente conferida segurança e contenção, reforçando-a positivamente por todo o investimento no seu projeto terapêutico, o que pareceu deixá-la mais tranquila.

⁴⁶ O processo de autonomização e individuação da criança é muito valorizado na área de saúde mental, assim como a necessidade, neste caso, do casal se encontrar sem a presença da filha. A UIPIA o único serviço no hospital onde os pais não acompanham a criança durante todo o internamento, é pensada e planeada a presença dos pais, definindo, de acordo com o projeto de cada criança, o tempo de permanência dos pais. No caso das crianças com perturbação do comportamento alimentar o afastamento é total durante a primeira etapa do protocolo clínico (plano por etapas).

⁴⁷ “F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidade comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.” (OE, 2010, p.6).

Na interação com o grupo de pares, à semelhança do já descrito, tendia a isolar-se do grupo, não só por ser mais nova do que a maioria dos jovens mas também por referir que sentia que a sua presença não era desejada. Nesses momentos foi promovida a mediação da interação com o grupo de pares e a sua integração nas AT propostas⁴⁸. Ainda assim, sempre assumiu uma postura distante, com pouco investimento na construção da relação com o outro, mantendo-se muito virada para si e para o seu projeto. Tendencialmente, mais próxima dos técnicos, apelando a maior contenção e afeto por parte dos mesmos.

Durante as reuniões familiares foi possível observar a dinâmica familiar e perceber os padrões de interação/comunicação existentes na relação entre a Sandra e os pais, de destacar o facto de a Sandra culpar os pais pelo facto de estar internada. Durante as mesmas e na presença também da pedopsiquiatra assistente foram trabalhadas as questões relacionadas com o papel de cada membro da família, nomeadamente dos pais, reforçando a importância que a atitude de proteção, contenção e estabelecimento de limites por parte dos pais tem no desenvolvimento harmonioso da criança. Os pais concordavam com o que lhes estava a ser devolvido, referindo: “Desde pequena que a Sandra nos testa, está sempre a acusar-nos de gostarmos mais do irmão do que dela... e quando quer qualquer coisa consegue sempre convencer-nos...” (sic – mãe). Para além deste objetivo, as reuniões familiares representavam para a Sandra e pais o reencontro após vários dias de ausência relacional. Habitualmente, estes momentos eram iniciados por momentos de choro intenso por parte da Sandra, que assumia uma postura mais regredida, colocando-se no colo dos pais. Nesses momentos, os pais foram gradualmente demonstrando maior capacidade para conter a sua angústia, devolvendo-lhe segurança face à sua recuperação e valorizando o seu investimento. Este momento de maior cumplicidade entre a Sandra e sua família era resguardado no gabinete médico. Acima de tudo, era permitido à Sandra a expressão livre, através do choro, dessa sua maior tensão e angústia, suportando os pais neste momento. Gradualmente, a Sandra ficava mais tranquila, segura e por sugestão, procurava usufruir destes momentos para essencialmente “pôr a conversa em dia”.

No início do internamento apresentava humor deprimido, no entanto, para o final do mesmo apresentava-se com humor eufórico, apesar de mais ansiosa e receosa com o facto de poder não conseguir concretizar o seu maior objetivo de passar o Natal em casa. Nos dias que

⁴⁸ “F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.” (OE, 2010, p.7)

antecederam a pesagem que lhe possibilitou o regresso a casa, a Sandra viveu estes momentos com maior intensidade. Tendo em conta as fases do plano por etapas, nesse dia a Sandra teria atingido a atividade das visitas e teria ficado a 600gr do seu grande objetivo. Nessa altura apresentava-se com humor irritável, apresentando algumas “birras” em contexto de baixa tolerância à frustração. A proximidade com o seu maior objetivo levou a Sandra ao desenvolvimento de estratégias desajustadas, optando nessa altura por se manter quase imóvel durante grande parte do dia, evitando, entre outras coisas, as idas ao WC e ao quarto, a participação nas AT e o aumento do tempo de repouso, para minimizar o risco de perda peso. Por diversas vezes foi valorizada face ao seu investimento e informada de que o seu projeto também previa a integração gradual nas atividades do dia a dia, afim de melhor se adaptar ao período após a alta⁴⁹. Ainda, assim, a Sandra mantinha-se muito centrada neste seu objetivo e sempre que lhe era proposto algo fora daquilo que tinha previsto em termos de atividade, negava fazê-lo e ficava mais ansiosa.

Durante a sua primeira visita, após a reunião familiar, foi sugerido à Sandra que mostrasse aos pais um presépio criado por ela numa das AT na UIPIA. Muito renitente, referia várias vezes que não queria, mas de forma aparentemente pouco autêntica, parecendo-me nesse momento que estaria mais uma vez a evitar o movimento, tendo acabado por me solicitar que fosse eu buscar a referida peça. Prontifiquei-me a fazê-lo desde que ela me acompanhasse. Perante esta minha resistência, inicia choro e eleva tom de voz. Devolvi à Sandra que não entregaria a peça aos pais naquele dia e que seria ela a fazê-lo, assim que se mostrasse preparada. Visivelmente irritada, abandona a visita e refugia-se no quarto. A pedopsiquiatra, que estava também presente, ficou junto aos pais e eu segui para junto da Sandra.

Nesse momento, a Sandra rejeita totalmente a minha presença, chorando e acusando-me de não a querer ajudar a ir passar o Natal com a família. À medida que me aproximo dela e me sento junto à sua cama, a Sandra inicia episódio de heteroagressividade dirigida a mim, pontapeando-me. Procuro contê-la, devolvendo que percebia porque estava zangada. Ainda assim, mantinha o mesmo comportamento, tendo sido necessário assumir postura mais firme.

⁴⁹ “F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2010, p.7)

Acaba por ceder e inicia choro intenso, aceitando nessa altura a minha aproximação⁵⁰. Devolvi novamente a minha compreensão pela maior angústia sentida nesta fase perante a possibilidade de não conseguir atingir o seu objetivo mas que, ainda assim, tanto a equipa como os pais sabiam que ela tinha dado o seu melhor, pelo que não iria desiludir ninguém, fosse qual fosse o resultado de todo este processo. Foi ainda reforçada toda a disponibilidade da equipa para ajudá-la a regressar a casa com saúde e capaz de fazer as atividades que sempre fez antes de ficar doente. Gradualmente fica mais tranquila, aceitando regressar à sala para junto dos pais, para a visita. Acompanhada por mim, leva consigo o presépio que realizou, para o entregar aos pais. Reinicia a visita assumindo, nessa altura, postura ajustada à idade.

Após o término da visita, os pais referem que a Sandra lhes teria contado o episódio, bastante preocupada com a repercussão que isso poderia ter na nossa relação. Os pais ter-lhe-ão devolvido que deveria pedir desculpa, para procurar reparar o momento, mas que ela terá aparentemente resistido, assumindo-se muito envergonhada com a situação. No final da visita, volta a isolar-se no quarto. Volto a procurá-la para conversarmos novamente sobre o sucedido e reforçar-lhe que existe esta possibilidade de nos zangarmos, sem que isso fosse inviabilizar a relação até então construída⁵¹. Nesse momento pede-me desculpa pelo seu comportamento, e eu imaginei o quão difícil isso teria sido para ela no início da relação. Procurei acima de tudo tranquilizá-la, remetendo-a para outras estratégias de expressão da zanga.

Na pesagem seguinte, na véspera de Natal, correspondendo totalmente aos desejos da Sandra e da sua família, esta conseguiu obter o peso para ir de licença de ensaio (LE⁵²), concretizando assim o grande desejo de passar o Natal na sua casa, junto da sua família.

⁵⁰ A Sandra através deste comportamento parece mobilizar a relação psicoterapêutica, até então estabelecida, para expressar a sua maior angústia, tendo sido possível trabalhar essa capacidade de nos zangarmos como forma de expressão de sentimentos, sem prejuízo para a relação. Este fenómeno parece aproximar-se do conceito de transferência que consiste num processo inconsciente através do qual o cliente projecta, sobre o enfermeiro, sentimentos e emoções provenientes de situações vivenciadas no passado com pessoas significativas (Phaneuf, 2005). Pode manifestar-se através de “associações, afectos, desejos, imagens, fantasias, sensações e esquemas cognitivos que permitem recriar ou reencenar o passado da pessoa, a fim de organizar e dar sentido à experiência que é negada ou reprimida. Os pacientes, inconscientemente, esperam corrigir o seu passado, atribuindo aos seus terapeutas papéis funções destinadas a corrigir a sua dor psíquica.” (Schaeffer, J., 1998, p.1-2)

⁵¹ “F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (OE, 2010, p.7)

⁵² A “Licença de ensaio” constitui a penúltima etapa do plano, durante a qual a criança regressa ao seu contexto natural de vida e onde, habitualmente, a doença se desenvolveu. Momento normalmente vivido com grandes expectativas pela criança e família, após internamento habitualmente prolongado. A LE deverá servir para a equipa, família e criança, confirmarem a evolução realizada. Podem repetir-se sempre que a criança mantenha o peso de LE nas pesagens ou não consiga atingir o peso de alta. A primeira LE exige sempre uma nova pesagem para confirmar o peso da alta clínica.

O almoço terapêutico⁵³ com os seus pais e irmão, no qual também estive presente, juntamente com uma colega, decorreu tranquilamente. Era evidente um ambiente familiar funcional, com a mãe mais próxima do irmão, por necessitar de maior apoio na alimentação, e com o pai a assumir um papel igualmente cuidador face aos filhos. Foi possível abordar os planos para a LE e esclarecer as dúvidas quanto a esse período. Depois da LE de dois dias, consegue atingir o peso previsto no plano por etapas (22,900 kg) e tem alta.

No momento da alta, era possível perceber a necessidade contínua da clarificação de limites e do aprofundamento das questões relativas à relação com o pai, que a Sandra manifesta estar “sempre a contrariar-me” (sic). No que respeita à alimentação, apresenta-se investida, apesar de manter alguma renitência à introdução de novos alimentos, nomeadamente com maior teor de gordura ou valor calórico.

Após a alta, a Sandra manteve acompanhamento com o pedopsiquiatra assistente, até que fosse possível iniciar acompanhamento na equipa referente à sua área de residência. Para tal, no sentido de beneficiar da RT⁵⁴ até então estabelecida com a mesma e facilitar a sua transição para a outra equipa de cuidados, propus, junto com a pedopsiquiatra que a acompanhava⁵⁵, que eu mantivesse o acompanhamento com a Sandra, dedicando-se ela ao trabalho com os pais.

Estivemos juntas por cinco vezes. Durante essas consultas, a Sandra trouxe vários temas relacionados principalmente com a dinâmica familiar e o referido conflito com o pai. Perante as diversas situações trazidas, foi essencialmente trabalhada a diferença no desempenho dos papéis de pais e filhos, promovendo a sua reflexão perante as diferentes situações que me expunha, nomeadamente, sobre outras formas de resolução e de entendimento dos problemas. A Sandra demonstrava maior capacidade de autocritica e, conseqüentemente, de mudança de comportamentos. Em casa e na escola, refere que “as coisas têm corrido bem” (sic). Quando

⁵³ Almoço Terapêutico – O “almoço terapêutico” constitui-se como uma etapa do plano por etapas para o qual são convidados os elementos da família com os quais a criança coabita, o enfermeiro de referência, a médica de referência e a dietista assistente. Este momento é crucial para que a família aceda às melhorias do comportamento alimentar da criança durante o período que esteve internada e para que a equipa consiga observar a dinâmica familiar durante a alimentação e esclarecer eventuais dúvidas sobre a etapa que se segue, a “LE”.

⁵⁴ “F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.” (OE, 2010, p.7)

⁵⁵ “F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2010, p. 6)

questionada sobre o primeiro dia de aulas, refere que correu bem e de que a professora a ajudou a responder às diferentes questões que a turma fazia, decorrentes da sua ausência.

Durante esta fase da relação, estando já à partida definido que iria iniciar novo acompanhamento na sua área de residência, foi igualmente trabalhado o fim da RT⁵⁶. Desde o início que a Sandra referia que não desejava mudar de acompanhamento, alegando que “não vou encontrar outra pessoa como tu” (sic). Ao longo deste tempo, que serviu, não só para intervenção mas também para favorecer este processo de transição, foi-se devolvendo à Sandra a importância de iniciar novas relações, pela riqueza que elas introduzem no nosso crescimento pessoal.

Pela carga emocional que a RT estabelecida acarretava, nomeadamente, para a Sandra e, naturalmente, também para mim, solicitei a supervisão de alguns colegas peritos no sentido de obter orientações quanto à melhor forma, do ponto de vista terapêutico, de finalizar a RT com a Sandra. Foi decorrente de um destes encontros que escolhi representar a “nossa” relação com o recurso a uma atividade muito desenvolvida pela Sandra e que serviu aqui como mediador para este objetivo – a realização de pulseiras.

Para a última consulta, levei então algum material que servisse para o efeito (linhas e missangas de várias cores, tesoura) e propus à Sandra que nesse dia, sendo o último momento em que estaríamos juntas neste regime de acompanhamento, que conversássemos um pouco sobre como tinham sido os últimos meses⁵⁷. Acima de tudo conversámos sobre as grandes diferenças no estado da Sandra, as suas maiores dificuldades, as estratégias que desenvolveu e quais os aspetos que considerava terem sido mais marcantes⁵⁸. Enquanto conversávamos sobre isso, a Sandra poderia criar uma pulseira ou outro objeto que simbolicamente a ajudasse a consolidar aquilo que foi vivido, promovendo não só a reflexão sobre o processo como também a finalização da RT.

⁵⁶ Segundo Lopes (2006), “(...) o fim da relação não [está] (...) dependente da vontade da enfermeira nem do doente (...), é previsível.” (p. 319). O mesmo autor enfatiza que o fim da relação está “(...) presente desde o início e marca todo o processo.” (p. 320)

⁵⁷ “Quando a relação está no momento de terminar, o interveniente e o cliente devem reconhecer o que viveram e dar-se o tempo necessário para o partilhar. Por exemplo, o cliente pode rezear ser deixado só. (...) O interveniente deve ajudar o cliente a reconhecer a sua dificuldade de terminar a relação e a explorar o significado que tem para si.” (Chalifour, 2008, p.127)

⁵⁸ “No termo de uma relação de curta ou média duração, onde o trabalho terapêutico visa antes de mais a resolução de um problema, a avaliação deve centrar-se em primeiro lugar na obtenção ou não dos objectivos inicialmente traçados.” (Chalifour, 2008, p. 127)

A Sandra aderiu desde logo à dinâmica proposta destacando três aspetos mais relevantes deste período: a primeira noite no internamento (por ter sido difícil suportar novamente um ambiente desconhecido), o facto de ter começado a comer legumes (que antes do internamento se recusava a comer) e o facto de “ter ficado com a melhor enfermeira de todas, tu!” (sic Sandra). Para tal, escolheu criar uma pulseira, tipo trança, com linhas de três cores – branco, azul e verde –, atribuindo significado a cada uma delas. A linha verde significava os melhores momentos, as conquistas, os ganhos. A linha azul traduzia os piores momentos, aqueles que acarretaram mais sofrimento, como o facto de ter estado separada da família. Por sua vez, a linha branca ela escolheu atribuí-la a mim, à nossa relação, ao facto de me ter conhecido. Agradei-lhe todo o reconhecimento e procurei devolver-lhe que tinha igualmente sido um prazer para mim conhecê-la e observar agora a sua evolução. Cumpridos os minutos previstos por mim e pela médica para a duração desta consulta, procuro finalizá-la, tendo durante esse momento a Sandra “ignorado” a minha indicação, utilizando o tempo em que parecia não conseguir despedir-se, para contar anedotas. Acolho-as e conto algumas também, até que a Sandra consegue aceitar que a consulta terminou. Despede-se de alguns dos técnicos presentes naquele momento na UIPIA e descemos juntas ao encontro dos pais e pedopsiquiatra.

Já junto deles, a Sandra reforça a proposta feita durante a consulta, que consistia em pedir-me que mudasse de local de trabalho, para a poder continuar a acompanhar. Procuo tranquilizá-la e reforçar-lhe a sua melhor capacidade de estabelecer novas relações e que no novo local de acompanhamento iria encontrar outros técnicos igualmente disponíveis para continuar a ajudar.

Intimamente relacionado com o desenvolvimento do estudo já apresentado, procurei igualmente realizar um exercício simples de “tradução” da minha prestação de cuidados à Sandra, em linguagem CIPE[®]. Para tal elenquei um conjunto de focos e intervenções, segundo essa linguagem, que ajudam a sistematizar e a dar visibilidade à minha prática de cuidados (Quadro 26 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Sandra).⁵⁹

⁵⁹ “F3.1.9. Aplica sistemas de taxonomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2010, p.5)

Quadro 26 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Sandra

| Fenómeno de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem⁶⁰ |
|-------------------------------------|---|
| Angústia da Separação ⁶¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Confortar a criança • Disponibilizar presença • Encorajar a comunicação expressiva das emoções • Encorajar a criança • Estabelecer limites • Executar actividades terapêuticas • Facilitar suporte social • Incentivar para as actividades terapêuticas • Informar papel parental • Vigiar acção da criança • Vigiar refeição • Vigiar repouso |
| Ansiedade ⁶² | |
| Insónia ⁶³ | |
| Relação Dinâmica ⁶⁴ | |
| Papel Parental ⁶⁵ | |
| Magreza excessiva ⁶⁶ | |

A Filipa⁶⁷ tinha 16 anos e estava internada na UIPIA por alterações do comportamento e depressão pós-parto. Filha de pais separados desde os nove meses de idade. Mãe com antecedentes pessoais de episódio depressivo após o nascimento da Filipa e avó materna descrita como uma mulher com “comportamento instável”. Contacto parco com o pai.

A Filipa era acompanhada em pedopsiquiatria desde os 12 anos por comportamentos de auto e heteroagressividade, terá vivido episódio de contato sexual abusivo por um namorado (21 anos) que a Filipa refere tê-la tornado “mais distante e a ter medo de tudo” (sic). Em Abril de 2011 ingressou o Hospital de Dia onde conheceu o pai do seu filho. Engravidou sem planejar, após quatro meses de namoro, tendo descoberto com 12 semanas de gestação. Apesar de legalmente já não poder optar pela interrupção voluntária da gravidez, a Filipa reforçou querer

⁶⁰ As IE selecionadas foram selecionadas do padrão de documentação criado e utilizado na área pediátrica do CHLC.

⁶¹ “Angústia da Separação é um tipo de Ansiedade com as características específicas: sentimentos de medo e apreensão causados pela separação do meio familiar e de pessoas significativas como, por exemplo, os bebés separados da mãe ou da fuga da figura maternal, acompanhados de choro, lágrimas, reacções de luto, ausência da expressão de emoções, desprendimento, negação e resignação.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 47)

⁶² “Ansiedade é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhadas de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 47)

⁶³ “Insónia é um tipo de Sono com as características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como *stress* emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 31)

⁶⁴ “Relação dinâmica é um tipo de Relação com as características específicas: acções definidas pela flexibilidade dos papéis, liberdade de expressar sentimentos e emoções, afeição aberta entre as pessoas, harmonia dos objectivos; partilhar das actividades recreativas; relações eficazes com outros em grupos sociais; partilha de responsabilidades, valores, crença e tradições.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 61)

⁶⁵ “Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família; amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 63)

⁶⁶ “Magreza excessiva é um tipo de Estado Nutricional com as características específicas: situação de emaciação associada a falta de nutrição, dietas excessivas, fome, excesso de exercício ou consequência de doença que afecte a utilização dos alimentos e nutrientes.” (CIPE®, versão Beta 2, CIE, 2003, p. 21)

⁶⁷ Todos os nomes apresentados são fictícios..

mantê-la: “o erro foi meu, tenho que assumir” (sic). Durante a gravidez, recusava proximidade de outras pessoas à sua barriga, referindo “Era um coisa só minha, não gostava que tocassem na minha barriga” (sic). Um mês antes do nascimento, esteve internada por pré-eclâmpsia, apresentando nessa altura alguns comportamentos de rejeição face ao bebé, referindo que o daria para adoção⁶⁸.

Após o nascimento do Bernardo (Maio 2012), “a Filipa acha que quero fazer a vez dela, porque nunca tive um rapaz” (sic – mãe da Filipa). Dois meses após o nascimento, saiu de casa e foi viver com o namorado e familiares deste, tendo a guarda do Bernardo sido, nessa altura, atribuída à avó materna. Durante seis meses manteve contacto parco com o filho, “saltitando” de casa em casa⁶⁹. Cerca de dois meses antes do internamento, a Filipa regressou a casa da mãe, retomando o contacto com o Bernardo. Vivía nessa altura com a mãe, o padrasto, as irmãs gémeas (quatro anos) e o filho Bernardo. Mantinha relacionamento amoroso com o pai do Bernardo, Mário, com a qual a mãe da Filipa não concordava. Nessa altura inicia comportamento crescente de agressividade, períodos de oscilações do humor, tendencialmente deprimido, nomeadamente associados à incapacidade de cuidar do Bernardo⁷⁰. Apresenta ainda alterações do sono, com insónia terminal e refere ideação de morte⁷¹, sem plano suicidário. Aceitou o internamento por sentir que precisava de ajuda, “sinto-me perdida” (sic). No momento do internamento encontrava-se a frequentar um curso de Joalheria (Cursos de Educação e Formação – CEF).

Ao longo do internamento, a Filipa manteve-se com humor eutímico, próxima do grupo de pares, expressão facial tranquila. Por períodos necessita de mediação face ao grupo de pares por procurar expor a sua situação de forma desprotegida aos restantes jovens. Participou de forma ativa nas AT propostas, durante as quais, com o recurso a vários mediadores da relação, foi promovida a expressão de sentimentos e emoções quanto à sua problemática, com o objetivo de facilitar a identificação de novas formas de compreender o problema e de estraté-

⁶⁸ “A gravidez e o parto estão ganhando reconhecimento como importantes fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de problemas de saúde mental (trad. do autor)” (Goebert, Morland, Frattarelli, Onoye & Mastu, 2007, p. 249).

⁶⁹ “Mães adolescentes estão com mais frequência do que outros adolescentes socialmente isolados, têm problemas de saúde mental (trad. do autor)” (Booting, Rosato & Wood, 1998, citados por Langille, 2007, p. 1601)

⁷⁰ “Se o período pós-parto é um período de risco particularmente elevado para o aparecimento de sintomas de humor (...) o parto é um gatilho potente não só de episódios de episódios maníacos graves em mulheres com vulnerabilidade para o transtorno bipolar, mas também de sintomas hipomaniacos em mulheres da população normal (trad. do autor)” (Heron, Haque, Oyeboode, Craddock & Jones, 2009, p. 415).

⁷¹ “A importância de identificar e tratar adequadamente os transtornos de humor na gravidez e no período pós-parto não pode ser exagerada: o suicídio é uma das principais causas de morte materna.” (Lewis, 2005, citado por Heron, Haque, Oyeboode, Craddock & Jones, 2009, p.414)

gias a desenvolver para resolução do mesmo⁷². Numa das dinâmicas realizadas em que era solicitado ao grupo que escrevessem num papel as características positivas de cada uma das outras crianças, a Filipa refere estar surpreendida por lhe terem devolvido que era “forte”/“uma fortaleza”. Parece-me nessa altura, conseguir reconhecer a sua capacidade para reparar e adotar um papel ativo na melhoria da sua situação.

Noutra das dinâmicas realizadas, denominada de “Máscara – lado lunar”⁷³, a Filipa remete-se ao seu sentimento de solidão/tristeza que procura não mostrar. Refere-se ainda à família como uma “dádiva” (sic – Filipa), revelando o desejo de criar a sua família e poder oferecer ao seu filho a “família” que sente que não teve. “Só conheci o meu pai aos 15 anos... Apesar de não me ter criado, não consigo não sentir nada por ele.” (sic – Filipa). Nesse momento foi-lhe devolvida a importância que cada uma das relações tem para o que somos no “aqui-e-agora” e nos definir enquanto pessoa. Revela ainda na sua máscara que “cada momento é uma escolha” (sic – Filipa) e de que “dececionou -me descobrir o passado” (sic – Filipa), sobre qual lhe foi reforçado que as experiências passadas são o que nos projeta para o futuro, para as nossas escolhas, procurando devolver-lhe que poderá recorrer-se dessas experiências para tomar decisões no presente⁷⁴.

No início do internamento, durante as visitas, o conflito com a mãe continuava presente de forma marcada, sendo que a Filipa culpava a mãe pela instabilidade da relação que tinha com o filho e com o namorado. Gradualmente, com recurso à mediação de visitas, em que foi favorecida a partilha dos sentimentos de ambas e a resolução dos conflitos, a relação entre a Filipa e a mãe começou a melhorar⁷⁵. Numa das visitas, a Filipa refere: “Há muito tempo que não abraçava a minha mãe!” (sic – Filipa). Fundamentalmente, a mãe da Filipa foi reforçando o seu papel de apoio e de suporte à filha, disponibilizando-se para promover a relação dela com o Bernardo, mas nunca lhe retirando a responsabilidade sobre a decisão no seu projeto de vida.

⁷² “F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.” / “F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2010, p.7)

⁷³ AT: “Máscara – lado lunar” – As crianças são convidadas a ouvir a música “Lado Lunar”, procurando que retirem a mensagem que ela transmite de que cada um de nós tem um “lado” que nos constitui mas que procuramos escondê-lo na relação interpessoal. Depois de refletirem sobre esse aspeto, criam uma máscara, com recurso a material de expressão plástica (papel, cartolina, revista, caneta, lápis, tesoura, entre outros), para apresentarem o seu lado lunar, de uma forma relativamente protegida (pela máscara).

⁷⁴ “F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.” (OE, 2010, p.7)

⁷⁵ “F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (OE, 2010, p.7)

Ao longo do internamento revelou ainda preocupações quanto ao estado de saúde do pai biológico internado por acidente de trabalho recente. Recebeu uma vez a visita da avó paterna que, como referiu a Filipa “está sempre a mandar-me a baixo” (sic – Filipa). Mediada a visita⁷⁶ que acaba por decorrer de forma tranquila e representar um momento reparador para a Filipa, na medida em que, conseguiu viver um bom momento com a avó, isento de conflitos que poderá favorecer a relação entre ambas.

No início do internamento, a Filipa verbalizava também grande ambivalência em relação ao filho: “Por um lado quero ficar com ele (...) mas ele irrita-me. Eu não consigo cuidar dele porque não consigo dormir e não me sinto bem” (sic – Filipa). Nos vários momentos individuais e durante as visitas, a Filipa ia desmistificando os seus maiores receios e ia melhorando a relação com a sua mãe. Gradualmente, a Filipa vai-se referindo ao seu filho ao longo do dia, manifestando saudades dele. Espontaneamente mostra a foto do seu bebé aos profissionais, ansiando pela vinda do filho à unidade para poder estar com ele.

Por duas vezes, foi planeada a presença do filho Bernardo na UIPIA, para observação e intervenção na relação/interação mãe-filho. No momento que antecedeu a primeira visita, em momento individual, foram abordadas e ajustadas as suas expectativas quanto às maiores dificuldades que poderia enfrentar neste processo de melhoria da relação mãe-filho.

Na primeira visita, é clara a inexperiência no contacto com o Bernardo mas igualmente o desejo em responder às suas necessidades e em cuidar dele de forma ajustada. Recorrendo ao momento da refeição do Bernardo para favorecer a relação, a Filipa demonstrou uma postura contentora, protetora e afetuosa, enquanto alimentava o seu filho. Ao longo da visita, foi-lhe sendo fornecida informação quanto aos vários sinais fornecidos pelo bebé e qual a possível interpretação para os mesmos, ajudando-a assim a clarificar a relação e a dar-lhe maior confiança na interação⁷⁷. Reforçado positivamente o seu empenho e a sua capacidade, tornou-se claro, tanto para os técnicos como para a Filipa, que o sucesso do momento se deveria a sua maior disponibilidade para a relação com o filho, sem que outros aspetos a preocupassem ou distraíssem. Durante a segunda visita, a Filipa apresentava-se um pouco mais tensa, na sequência da visita anterior da avó paterna, mas igualmente contentora e afetuosa com o Ber-

⁷⁶ “F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitem ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.” (OE, 2010, p. 6)

⁷⁷ “F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitem ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2010, p. 7)

nardo. A Filipa, perante a sua maior capacidade de conseguir cuidar do filho, revela, grande felicidade, ansiando a alta para breve.

Até ao final do internamento, nos vários momentos de intervenção individuais foram fornecidas algumas estratégias para que fosse assumindo maior autonomia no cuidado ao filho, nomeadamente o de ir assumindo a realização de algumas atividades de cuidado ao Bernardo, em articulação com a sua mãe e beneficiando da sua supervisão para que se sentisse mais segura.

Tendo por base os seus antecedentes pessoais de gravidez não desejada e agindo de forma preventiva e promotora da sua saúde, foi decidido em reunião multidisciplinar, que a Filipa fosse observada na consulta de ginecologia para adolescentes. Durante a consulta foram abordados os vários temas relacionados com a sexualidade e a Filipa concorda colocar Implanon^{®78}.

No final do internamento foi decidido como projeto pós-alta, que a Filipa ingressasse as consultas com o filho Bernardo na Unidade da Primeira Infância (UPI)⁷⁹ com o objetivo de promover a relação da Filipa e do Bernardo. No sentido de promover um maior envolvimento da Filipa neste projeto, foi-lhe proposto que ela realizasse autonomamente o telefonema a solicitar a marcação de consulta, que prontamente aceita.⁸⁰ No momento da alta apresentava-se visivelmente investida no seu projeto, nomeadamente, na melhoria da relação com o seu filho e retomou o acompanhamento pedopsiquiátrico com a sua médica assistente. Apesar de ainda se sentir receosa com a possibilidade de a mãe assumir “o meu lugar de mãe” (sic – Filipa), reconhece maior capacidade para discutir esses seus receios com a mesma e de isso ajudar a fortalecer a relação que estabelece com a mãe o que por si só facilita a resolução dos problemas que vão surgindo.

⁷⁸ “F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.” (OE, 2010, p.8)

⁷⁹ Unidade Primeira Infância é uma das cinco equipas de ambulatório da Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência. É uma equipa especializada, atendendo apenas crianças entre os zero e os cinco anos, com alterações do ponto da vista da interação mãe-filho, bebés irritáveis, crianças com perturbação do espectro do autismo, entre outros. Acima de tudo é favorecida a interação mãe-bebé e fornecidas estratégias aos pais que favoreçam o desenvolvimento da criança e a relação mãe-filho.

⁸⁰ “F3.5.6. Orienta o cliente no acesso a recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.” (OE, 2010, p.6)

Tal como foi realizado para a Sandra, também para a Filipa defini um conjunto de focos e de intervenções, segundo a linguagem CIPE[®], que ajudam a clarificar a minha intervenção (Quadro 27 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Filipa).⁸¹

Quadro 27 – Estágio Hospitalar // IE / Fenómeno de Enfermagem à Filipa

| <u>Fenómeno de Enfermagem</u> | <u>Intervenção de Enfermagem</u> |
|---------------------------------|--|
| Papel parental | <ul style="list-style-type: none">• Apoiar processo familiar pelo encontro• Confortar a criança• Disponibilizar presença• Encorajar a comunicação expressiva das emoções• Encorajar a criança• Encorajar papel parental• Escutar a criança• Executar actividades terapêuticas• Facilitar suporte social• Incentivar para as actividades terapêuticas• Informar papel parental• Optimizar autoconsciência• Promover a vinculação• Vigiar processo familiar pelo encontro |
| Relação Dinâmica | |
| Processo familiar ⁸² | |

3.2. Estágio em Contexto Comunitário – Clínica do Parque

O estágio em contexto comunitário realizou-se no Hospital de Dia da Infância, na Clínica do Parque, situada no Parque de Saúde de Lisboa, que é parte integrante da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HDE. O estágio foi realizado, igualmente, no período compreendido entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013 (40% da carga horário prevista para o estágio) e previa a minha integração como co-terapeuta num dos grupos terapêuticos⁸³ planeados naquela clínica para o ano letivo a decorrer. Este estágio complementa a vertente prática atribuída ao estágio hospitalar na UIPIA, tendo sido definido como objetivo:

- Desenvolver competências específicas do EESM na prestação de cuidados à criança com situação psicopatológica e sua família, ao longo do ciclo de vida, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

⁸¹ “F3.1.9. Aplica sistemas de taxonomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2010, p.5)

⁸² “Processo Familiar é um tipo de Fenómeno de Enfermagem da Família com as características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.” (CIPE[®], versão Beta 2, CIE, 2003, p. 65)

⁸³ “F2.3.3. Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: (...) projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições (...)” (OE, 2010, p.5)

Sabia de antemão que as aprendizagens iriam, sem dúvida, enriquecer a minha prestação de cuidados na UIPIA, uma vez que iria tomar conhecimento de outros métodos e técnicas de intervenção nesta área tão particular que é a SMIA.

O grupo terapêutico, “nos últimos anos, (...) têm-se afirmado e, por isso, estamos em crer que esta técnica (...) conhecerá um desenvolvimento cada vez maior no campo da (...) psicoterapia” (Manes, 2009, p.6).

O grupo terapêutico era fechado⁸⁴, constituído por cinco crianças e três enfermeiros (um terapeuta⁸⁵ e duas co-terapeutas⁸⁶). As crianças eram acompanhadas em consulta de pedopsiquiatria na Clínica do Parque, tendo a sua inclusão no grupo sido discutida em reunião multidisciplinar. Eram todas do sexo masculino e tinham idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Algumas delas já tinham participado em grupos terapêuticos no passado, sendo que para outras esta era a primeira vez. Entre as cinco crianças eram partilhadas as dificuldades do ponto de vista social, nomeadamente, o terem sido vítimas de *bullying* e se isolarem do grupo de pares ou, por oposto, viverem dificuldades na compreensão dos sinais das restantes crianças⁸⁷, mobilizando a agressividade como uma estratégia de defesa ou na sequência de baixa tolerância à frustração. Uns deles viviam em famílias nucleares, com interações positivas entre os membros, outros, pelo contrário, em ambientes familiares complexos, monoparentais ou conflituosos. Cada um era singular nos seus interesses, o que se traduzia em contributos únicos e particulares para o grupo.

⁸⁴ “Um grupo fechado encontra-se por um número pré-determinado de sessões, começa com um número fixo de membros, e, após a sessão, fecha suas portas e não aceita qualquer novo membro.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.48) / “Os grupos fechados têm normalmente um período de tempo fixo pré-determinado. (...) são frequentemente compostos por indivíduos com questões em comum ou com problemas que desejam abordar” (Townsend, 2011, p. 170) .

⁸⁵ EESM e Diretor de Sociodrama pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama.

⁸⁶ Ambas estudantes do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, embora de cursos diferentes (2º e 3º CMESMP da ESEL). / “A maioria dos terapeutas de grupo preferem trabalhar com um co-terapeuta. No trabalho de co-terapia, os terapeutas complementam e apoiam um ao outro.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49) / “Uma equipa de co-terapeutas de sexos opostos apresenta vantagens únicas. (...) recria a configuração familiar original que, para muitos membros, aumenta a carga afectiva do grupo. (...) E, mais importante, os co-líderes masculinos e femininos oferecem ao grupo um *setting* mais amplo para possíveis reacções transferenciais.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49-50)

⁸⁷ “O trabalho em grupo é útil também para sujeitos com vivências de inadequação e de inferioridade, pois podem ser ajudados, por parte dos membros do grupo, a identificar a origem pessoal dos seus problemas.” (Manes, 2009, p.9-10)

As sessões eram semanais⁸⁸, com uma duração de 1h30⁸⁹, e decorriam nas instalações do Hospital de Dia da Clínica do Parque numa sala com cerca de 25 m², com soalho em cerâmica, tendencialmente fria, por ser a única disponível naquele período⁹⁰. Com a finalidade de tornar o espaço mais acolhedor eram mobilizados tapetes e almofadas que ajudavam também a favorecer dois locais diferentes de atuação – início e fim da sessão e o “palco”. No início das sessões, as crianças eram convidadas a sentar-se em almofadas e tapetes num dos cantos da sala, definido para o efeito, e a contar o que tinha acontecido durante a semana anterior. Por sua vez, no “palco”, eram desenvolvidos e implementados vários jogos lúdicos ou sociopsicodramáticos⁹¹, com vista a abordagem dos temas comuns trazidos e manifestados pelas crianças daquele grupo⁹².

Nas primeiras sessões, foi essencialmente promovida a coesão e a compreensão do grupo enquanto elemento único, através do recurso a jogos, essencialmente, lúdicos⁹³.

⁸⁸ “Um esquema de reuniões de uma vez por semana é mais comum em trabalho de grupo para pacientes ambulatoriais (...)” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.48) / “(...) para os grupos que não possuem características de trabalho intensivo, um encontro por semana pode considerar-se suficiente.” (Manes, 2009, p.11)

⁸⁹ “A duração ótima para uma sessão de terapia de grupo está entre 60 e 120 minutos. Vinte a trinta minutos são necessários para que o grupo se «aqueça» e pelo menos sessenta minutos são necessários para a elaboração dos principais temas da sessão.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.47) / “A duração de uma sessão pode variar entre uma hora e meia e duas horas, tendo em consideração o facto de que o grupo necessita de, pelo menos, de meia hora para “aquecer”.” (Manes, 2009, p.11)

⁹⁰ “O local dos encontros deve ser tranquilo e reservado (...) o ideal seria uma sala com soalho de madeira, porém, pode ser suficiente uma sala alcatifada.” (Manes, 2009, p.11-12)

⁹¹ “As técnicas [sociopsicodramáticas] constituem interrupções do fluxo da ação dramática e retornos a ele, sendo realizadas pela direcção ou autorizadas por ela, na vigência do contexto dramático. Todas visam o aprofundamento do estado de espontaneidade gerador do *insight* dramático grupal. (...) *Inversão de papéis*: a inversão total e a parcial (*tomadas de papel*) buscam a máxima do psicodrama – colocar-se no lugar do outro. Não para concordar com ele, mas para identificar e sentir na pele o ponto de vista deste outro. A inversão de papéis é mais do que uma técnica dramática: é uma atitude, um dos conceitos centrais da abordagem psicodramática.” (Rodrigues, 2008, p.119) / “Nesta terapia [Psicodrama] os pacientes são convidados a representar pequenos papéis como se fossem actores numa peça de teatro. Através destas performances revivem ou recriam as situações que para eles constituem fontes de perturbação” (Ribeiro, 2011b, p. 4)

⁹² Esta estruturação conferida à sessão tem por base a sequência do acto sociodramático, designadamente pelo aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização (Carvalho e Monteiro, 2008). O aquecimento inespecífico consiste na primeira fase do acto sociodramático, determinando a diferenciação entre o espaço grupal e o espaço dramático (Carvalho e Monteiro, 2008), através de um conjunto de procedimentos que visam o estabelecimento de um clima afectivo e emocional entre os participantes (Marra, 2004). Por sua vez, no aquecimento específico, os participantes são reagrupados em sub-grupos, mais fáceis de serem dirigidos (Carvalho & Monteiro, 2008). A dramatização iniciar-se-á quando o Director convida os protagonistas a entrar no espaço cénico (Abreu, 1992), decorrendo no palco, pelo recurso às várias técnicas sociopsicodramáticas. Por último, mas não menos importante, na finalização realiza-se a partilha que deverá ser iniciada pelo auditório, depois pelos protagonistas, que são seguidos pelo Ego-auxiliar e Director. O grupo “desaquecerá” lentamente, retomando o contexto social (Carvalho e Monteiro, 2008). Durante esta fase é esperado que através da sua partilha e da dos restantes, o participante adquira as aprendizagens de forma particular e de acordo com aquilo que viveu durante a sessão.

⁹³ “Os jogos permitem (...) a aquisição da capacidade de se apreciarem mais positiva e realisticamente e facilitam a instauração de relações interpessoais correctas e gratificantes.” (Manes, 2009, p. 13) / “A tarefa do animador consiste, então, em facilitar e consentir o desenvolvimento máximo destes factores que favorecem a coesão do grupo e criam uma atmosfera ideal para a comunicação recíproca.” (Manes, 2009, p. 16) / “Em seus estágios iniciais, um grupo de pacientes ambulatoriais envolve-se com o estabelecimento de limites e manutenção dos participantes e predominam os factores tais como instilação de esperança, orientação e universalidade.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.36-37)

Foi reforçado o dever da confidencialidade sobre o que iria suceder semanalmente durante aquele período, com vista à facilitação da expressão dos problemas de cada um no seio do grupo⁹⁴. Gradualmente, foi-se aprofundando a intervenção e ao longo das 25 sessões realizadas⁹⁵ foram desenvolvidas várias dinâmicas de grupo, recorrendo à dramatização⁹⁶ e ao movimento⁹⁷ para promover a expressão de sentimentos e emoções das crianças⁹⁸ e, consequentemente, aceder e intervir sobre as problemáticas trazidas por cada uma delas. Acima de tudo, era favorecida uma maior consciência sobre as problemáticas de cada um dos elementos do grupo e de todos no conjunto⁹⁹, auxiliando e mobilizando o grupo na identificação de estratégias adaptativas para os diferentes problemas¹⁰⁰. A presença de duas co-terapeutas do sexo feminino favoreceu a expressão dos sentimentos e emoções do ponto de vista dos afetos e das relações¹⁰¹.

Durante as sessões de grupo, os vários elementos vão abordando várias problemáticas, assemelhando-se a sua experiência a um:

«restaurante» terapêutico, *self-service*, no sentido de que muitos mecanismos diferentes de mudança estão disponíveis e cada paciente individual «escolhe» aqueles factores que melhor servem às suas necessidades e problemas. (...) Alguns pacientes precisam desenvolver habilidades sociais muito básicas, enquanto outros beneficiam-se com a identificação e exploração de questões interpessoais muito mais sutis (Vinogradov & Yalom, 1992, p.38).

Ao longo das várias sessões de grupo, sempre que era “trazida” uma situação do quotidiano por um dos jovens, o terapeuta optava pela mobilização de técnicas sociopsicodramáti-

⁹⁴ “(...) é fundamental (...) chamar a atenção (...) para a discrição relativa aos conteúdos das sessões. (...) não é conveniente que os participantes falem dos conteúdos dos encontros com pessoas fora do grupo, sobretudo se o grupo é de cariz psicoterapêutico.” (Manes, 2009, p.14) / “O líder e os membros trabalham em conjunto para estabelecer as regras que vão gerir o grupo (e.g. (...) a importância da confidencialidade, o modo como as reuniões vão ser estruturadas). (...) Os membros são apresentados uns aos outros” (Townsend, 2011, p.170)

⁹⁵ Ainda que o estágio tenha terminado em Fevereiro de 2013, participei nas sessões do grupo terapêutico até ao término do mesmo em Junho do mesmo ano, na perspectiva da continuidade e da manutenção das características do grupo.

⁹⁶ “Nos jogos (...) é importante ajudar os participantes a actuarem «como se», ou seja, deve-se fazer *como se* estivessem a comer, *como se* estivessem a dormir, *como se* estivessem a bater, etc. Deste modo, evita-se o *acting out* das emoções e dos sentimentos.” (Manes, 2009, p.14)

⁹⁷ “(...) em situação de grupo, para utilizar a experimentação activa e para estimular a emotividade, é possível recorrer, por exemplo, à dramatização e ao movimento, técnicas que facilitam a criação de um clima afectivo-emotivo (...)” (Manes, 2009, p.6)

⁹⁸ “F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (OE, 2010, p.7)

⁹⁹ “F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.” (OE, 2010, p.7)

¹⁰⁰ “F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2010, p.7) / “(...) a confiança [entre os elementos do grupo] já foi estabelecida entre os membros. Viram-se com mais frequência uns para os outros em busca de orientação e menos para o líder. Aceita críticas uns dos outros, utilizando-as de modo construtivo para criar mudança.” (Townsend, 2011, p. 171)

¹⁰¹ “Os co-terapeutas também podem ajudar um ao outro quando se torna necessário trazer à baila tópicos difíceis que estão sendo mantidos encobertos no grupo (...)” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.51)

cas para exploração do sucedido, no «aqui-e-agora», recorrendo para tal aos vários elementos do grupo e às co-terapeutas. Durante esses momentos era não só promovida a compreensão sobre o vivido como eram explorados os significados emocionais daquela situação para a criança¹⁰².

uma experiência de grupo deve conter um componente afectivo e um componente cognitivo (...) precisam observar esta experiência emocional de fora e integrar e compreender o seu significado (...) [já que] Nenhuma mudança terapêutica real ocorre a menos que os membros do grupo possam integrar o que aprenderam no aqui-e-agora e depois transferir esta aprendizagem para a situação real de vida (Vinogradov & Yalom, 1992, p. 111).

O estágio em contexto comunitário foi, de todas as experiências proporcionadas, aquela em que sinto ter-me “posto mais à prova”, aquela em que mais me questioneei, mais me procurei conhecer e reconhecer na minha prática de cuidados. Não obstante o facto de esse desenvolvimento no auto-conhecimento ter acontecido igualmente nos outros contextos, talvez neste, que era completamente novo para mim, isso se tenha tornado mais evidente.

Na verdade, a população alvo dos cuidados era a mesma que no contexto de internamento onde trabalho, exceto o facto de não se encontrarem em situação psicopatológica aguda. Sendo este um dos fatores determinantes, também o facto de estar a prestar cuidados num nível de intervenção e âmbito bem diferente, ajudou a enriquecer a minha aprendizagem e reflexão durante esta fase. Durante os vários meses, o que se tornou mais evidente foi o facto de poder intervir num mesmo grupo num período de tempo maior, em crianças cuja necessidade, de conter o seu comportamento, é à partida menor, por não se encontrarem em fase aguda da sua doença. Relativamente à intervenção individual, o contexto de grupo oferece outro tipo de intervenção, revelando-se por vezes como a resposta ideal e única a mobilizar. Vinogradov e Yalom (1992) referem como uma das técnicas do psicoterapeuta, que exige mais experiência, o de trabalhar o “aqui-e-agora”, isto é, “(...) aprender a focalizar sua atenção sobre as interações interpessoais imediatas que ocorrem no grupo” (p.110). Torna-se, neste contexto, fundamental que o terapeuta se focalize sobre o que decorre no presente, sobre o que vai emergindo do grupo, garantindo assim que todos os elementos do grupo participem de forma ativa, maximizando “(...) o poder e a eficiência do grupo” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.110).

¹⁰² “A importância do grupo não era só ser um espaço de encontro, era também ser um espaço onde nasciam e eram vividas as emoções que depois eram pensadas.” (Vidigal e col., 2005, p.23)

Apesar de todas as aprendizagens que sinto ter desenvolvido, creio que a mais evidente foi, de facto, a relacionada com o auto-conhecimento¹⁰³. Ao longo destes cinco anos em que trabalho na UIPIA foram várias as aprendizagens que adquiri sobre mim, sobre o meu trabalho e sobre como proceder em cada situação. Ao longo dos anos, fui-me sentindo, progressivamente mais autónoma, capaz de refletir sobre as diferentes situações e agir prontamente sobre um imprevisto. O maior conforto sentido na minha intervenção, na minha capacidade de oferecer respostas eficazes a cada uma das necessidades manifestadas pelo cliente, criou-me uma confiança que me conferiu controlo e autonomia sobre o trabalho que desenvolvo, isto é sobre a minha intervenção.

Por sua vez, no contexto de grupo, muito pela minha inexperiência sobre esta modalidade terapêutica e tendo em conta a máxima de que deve ser trabalhado aquilo que emerge do grupo, no “aqui-e-agora”, senti-me por momentos impotente, incapaz de “segurar” o grupo, de o conter, de lhe devolver a resposta à necessidade que ele (grupo) me estava a manifestar. Progressivamente, durante as sessões, este maior desconforto foi diminuindo e fui-me sentindo mais capaz de oferecer respostas autónomas às diferentes questões do grupo. As reflexões sobre o sucedido no grupo foram muito importantes para a estruturação das sessões seguintes e para ajudar a reduzir esse meu maior desconforto¹⁰⁴.

Em suma, esta experiência em contexto comunitário enriqueceu a minha compreensão e intervenção com grupos, não só por ter tomado contacto com uma realidade que até então era parcamente conhecida por mim, mas também porque favoreceu o meu desenvolvimento profissional noutro contexto de prestação de cuidados na área de SMIA.

¹⁰³ “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010, p.4)

¹⁰⁴ Num trabalho de co-terapia, “À medida em que [o terapeuta e co-terapeuta] trocam opiniões e examinam intuições juntos, a faixa de observação e o poder terapêutico de cada um dos terapeutas são ampliados. (...) O modelo de co-terapia é particularmente útil para terapeutas principiantes (...) Além de esclarecer distorções transferenciais, os co-terapeutas apoiam-se mutuamente na manutenção da objectividade (...)” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49-50).

4. QUESTÕES ÉTICAS

O CDE e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro elencam os princípios éticos e deontológicos que regulam a profissão, nomeadamente no que concerne à investigação (OE, 2003; Nunes, 2005). No que concerne à investigação em geral, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, do respeito pela dignidade humana, da veracidade, da confidencialidade e da justiça deverão sempre orientar e ser respeitados ao longo da investigação (Fortin, 2003; OE, 2003; Nunes, 2005; Martins, 2008).

Relativamente ao estudo de investigação, desenvolvido no contexto do estágio hospitalar, foram respeitados os princípios inerentes à sua realização. No que diz respeito ao GF, ao longo da colheita e análise dos dados foi solicitado o consentimento aos membros da equipa presentes e ao enfermeiro-chefe, não só para a realização da sessão, mas também, para a gravação áudio daquilo que seria partilhado por cada um dos intervenientes (direito à autodeterminação). Foi, ainda, explicada a natureza deste instrumento e qual o fim a ser dado aos registos colhidos, garantindo que os mesmos apenas seriam partilhados entre os diretamente envolvidos na investigação (direito à confidencialidade), sendo que depois de tratados foram codificados e apresentados sem que seja identificada a autoria de cada uma das partilhas (direito ao anonimato) (Fortin, 2003, Nunes; 2005; Martins, 2008). O CDE (OE, 2003) reforça o direito ao sigilo no artigo 85º, alínea d, ao descrever que o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”. Por sua vez, para a colheita e análise dos dados relativamente à documentação produzida pelos enfermeiros, foram respeitados igualmente os direitos à autodeterminação, à confidencialidade e ao anonimato, não só relativamente às crianças implicadas mas também quanto aos enfermeiros que elaboraram os registos. Relativamente ao cliente, foi garantido que a declaração para fins de auditoria, estava autorizada pelos responsáveis legais (Fortin, 2003). Relativamente aos enfermeiros que documentaram nos RE, foi garantido o seu anonimato, não sendo identificado nem codificado nenhum dos enfermeiros que realizou os registos.

Concluindo, a minha prestação de cuidados nos diferentes estágios foi igualmente acompanhada pelo respeito pelos direitos dos clientes, sendo que os casos apresentados neste relatório aparecem sobre um nome fictício.

5. CONCLUSÃO

A realização deste relatório constituiu-se como um momento determinante para a compreensão da minha prática de enfermagem. Para além de promover a reflexão sobre os aspetos relacionados com a IE da equipa de cuidados à qual também pertença, criou condições, durante os estágios realizados, para que também refletisse sobre a minha prática individual.

Ao longo do estudo de investigação, com o recurso ao GF e à AD do RE, identificou-se o modelo conceptual e as IE desenvolvidas na UIPIA, com vista à conceptualização da prática de enfermagem nesta unidade. A profunda influência da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a identificação de um número elevado de IE que traduzem a relação estabelecida, ajudaram a confirmar a preponderância da RT, como o meio sobre o qual assenta o cuidado de enfermagem na UIPIA. A RT é também definida pela equipa como o processo durante o qual, tanto o enfermeiro como o cliente, beneficiam e estão envolvidos, e onde estão presentes fenómenos que a constituem. Esta maior consciencialização de si na relação, decorre do facto da maior parte da equipa estar envolvida em processos formativos, onde lhes é promovido o investimento no autoconhecimento.

Ainda durante a análise de conteúdo, o recurso à linguagem CIPE® para a tradução da IE, facilitou a apropriação do carácter maioritariamente autónomo das IE desenvolvidas na UIPIA, nomeadamente, quando comparada com outras unidades de cuidados. Porém, os enfermeiros na UIPIA demonstraram dificuldade na nomeação das IE que desenvolvem, revelando-se os RE como forma de descrever o estado da criança, em vez de traduzirem o processo de enfermagem inerente à sua prática. Este facto reforça a importância da formalização e uniformização da linguagem mobilizada com vista à melhoria da documentação dos cuidados. Como sublinhou Peplau “para avançar, a enfermagem deve documentar o que as enfermeiras fazem autonomamente, (...) fortemente enraizada na sua conceptualização fundamental de que uma profissão deve definir-se, e ser capaz de demonstrar e explicar o seu papel” (Callaway, 2013, p.538).

O estudo de investigação desenvolvido tornou-se determinante na elaboração do Padrão de Documentação, a mobilizar na plataforma SClínico®. O CHLC previu a integração da referida plataforma no quotidiano da prática de cuidados de enfermagem, até final de 2013, tendo sido, para tal, definidos grupos de trabalho das diferentes áreas de intervenção, dos quais também fiz parte integrante. O estágio na ULS de Matosinhos e a integração neste grupo de traba-

lho, em simultâneo com o desenvolvimento do estudo, foram determinantes para o enquadramento do relatório e, consequentemente, para o cumprimento dos objetivos definidos para o estudo de investigação, na medida em que me proporcionou o contacto direto com peritos na área, que facilitaram a apropriação da linguagem CIPE® no contexto específico da UIPIA.

No que diz respeito aos estágios realizados, com vista ao desenvolvimento e consolidação das competências específicas do EESM, a elaboração deste relatório permitiu expor a reflexão que desenvolvi em torno da minha prática. Os estágios promoveram não só a integração das competências específicas de EESM na minha prática clínica, mas também, através da elaboração deste relatório, a possibilidade de “parar um pouco” para refletir sobre as compreensões que detenho de mim, da criança a que presto cuidados e das IE que desenvolvo. Constitui-se, em suma, como um investimento na qualidade dos cuidados que presto e uma oportunidade para adquirir as competências inerentes ao grau de EESM.

Levo a certeza de que a prática de enfermagem é ainda mais complexa do que imaginava, acima de tudo mais rica, mais importante e mais determinante do que julgava na resolução dos problemas de saúde mental, nomeadamente, na infância e na adolescência. Talvez essa certeza se tenha desenvolvido na minha maior capacidade e competência para intervir sobre o cliente com psicopatologia. A realização deste relatório assume-se como uma base sólida para continuar a refletir sobre a minha prática e a melhorar os cuidados de enfermagem no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (1992). *O modelo do psicodrama moreniano*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.
- Administração Central do Sistema de Saúde & Ministério da Saúde (2009). *RSE – Registo de Saúde Electrónico: Documento estado da arte (versão 2.0)*. Lisboa: ACSS e MS. Acedido em 16 de Outubro 2013.
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Almeida, A. & Ferreira, C. (2010). Influência dos sistemas de informação em enfermagem na aprendizagem dos estudantes de licenciaturas em ensino clínico. In *Enfermagem e sistemas de informação em saúde 2010: CIPE® e experiência de utilização efectiva*. Lisboa: OE.
- Almeida, F. & Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. São Paulo: Manole.
- Almeida, M.; Ferreira, L. & Nabais, A. (2010). *Norma 61. Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria – Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. Acessível em UIPIA, HDE – CHLC.
- Baker, R. & Trzepacz, P. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (4ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Barría-Pailaquilen, R. (2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 31 (2), 181-182.
- Bédard, N. (2005). *Como Interpretar Os Desenhos Das Crianças*. Portugal: Cetop.
- Belcher, & Fish, (2000). In George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. (4ª ed.) (pp.45-57). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowers, L., Haglund, K., Jones, J., Simpson, A., & Van der Merwe, M. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Phychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 293-299.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2009). *Compreender a agressividade na criança*. (2ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Buckley, S. (2010). Caring for those with mental health conditions on children's ward. *British Journal of Nursing*. 19 (19), 1226-1230.

- Caixeta, C. & Moreno, V. (2008). O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10, (1), 179-188.
- Callaway, B. (2013). *Hildegard Peplau – A Enfermeira Psiquiátrica do Século*. Loures: Lusociência.
- Carpenito, L. (1997). *Diagnósticos de enfermagem – aplicação à prática clínica*. (6ª ed.). São Paulo: Lusodidacta.
- Carvalho, E. & Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria – aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda – volume I*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção – volume II*. Loures: Lusodidacta.
- Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 36 (6), 763-774.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Conceição, I & Martins, M. (2001). As representações que as crianças dos 8 aos 10 anos têm da intervenção cirúrgica: têm a palavra os meninos operados. *Revista enfermagem*, 21 (2).
- Conselho de Enfermagem (2009). Modelo de desenvolvimento profissional - sistema de individualização de especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). [s.l.]: OE.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão beta 2*. (2ª ed.) Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa: OE.
- Costa, J. [s.d]. *Métodos de prestação de cuidados*. Acessível em Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Viseu, Portugal.
- Cubas, M., Silva, S. & Rosso, M. (2010). Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12 (1), 186-194.

- Cunha, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos enfermeiros face ao sistema informatizado de informação em enfermagem. *Referência*, 7-16.
- Damásio, A. (2004). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (15ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Derby, K., Foss, D., Maxson, P. & Wroblewski, D. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medsurg Nursing*. 21 (3), 140-145.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Doenges M. & Moorhouse M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Eggleston, M. & Mitchell-Lowe, M. (2009). Children as consumer participants of child and adolescent mental health services. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 17 (4), 287-290.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). *Regulamento do Mestrado*. 30 de Novembro. Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. 3ª ed. Filadélfia: F. A. Davis Company.
- Ferreira, R., Luzio, F. e Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência*. II (12), 29-37.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (Setembro, 2005). Perspectivas de incorporação da classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Revista brasileira de enfermagem*. 58 (2), 227-230.
- Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.

- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. (4^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goebert, D.; Morland, L.; Frattarelli, L.; Onoye, J. & Matsu, C. (2007). Mental Health During Pregnancy: A Study Comparing Asian, Caucasian and Native Hawaiian Women. *Maternal Child Health Journal*. (11), 249-255.
- Harrison, C. & Taylor, M. (2010). Introducing clinical supervision across western australian public mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 287-293.
- Heron, J.; Haque, S., Oyebode, F.; Craddock, N. & Jones, I. (2009). A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar Disorders*. (11), 410-417.
- Hill-Smith, A.; Taverner, R.; Greensmith, H. & Parsons, D. (Maio, 2012). Staff Relationships in Multidisciplinary Teams. *Mental Health Practice*, 15 (8), 14-19.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de enfermagem Pediátrica*. (7^a ed.). Rio de Janeiro: Mosby.
- Hoem, E. & Vatne, S. (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*. 61 (6), 690–698.
- Honeyman, C. (2007). Recognising mental health problems in children and young people. *Paediatric Nursing*. 19 (8), 38-44.
- Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5^a Ed.). Loures: Lusociência. 423-434
- Ingalls, K. & Tourville, C. (2003). A árvore viva das teorias de enfermagem. *Servir*, 52 (2), 82-92.
- Jorge, A. (2004). *A Família e a Hospitalização*. Loures: Lusociência.
- Justus, R.; Wyles, D.; Wilson, J.; Rode, D.; Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006, January-February). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1), 35-43.
- Kaye, L. (2009). The Role of Nurse Practitioners in Meeting the Need for Child and Adolescent Psychiatric Services. *Journal of Psychosocial Nursing*. 47 (3), 34-39.

- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Langille, D. (2007). Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. *Canadian Medical Association Journal*. 176 (11), 1601-1602.
- Lessa, M., Pinha, T., Silva, T., Teixeira, M.L. & Castelo Branco, E. (n.d.). *Comunicação em enfermagem: modernização do sistema de informação hospitalar – a utilização do prontuário eletrônico*. Recuperado em 24 junho, 2012, de <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a104.pdf>
- Logan, W., Roper, N. & Tierney, A. (1995). *Modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi.
- Lopes, M. (2006). *A Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Manes, S. (2009). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. 9ª ed. Lisboa: Paulus Editora.
- Marcelli D. & Braconnier (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marra, M. (2004). *O agente social que transforma – o sociodrama na organização de grupos*. São Paulo: Editora Ágora.
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., et al.. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 52-61.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2000). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. 3ª ed. New York: Springer Publishing Company.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

Mota, L. (2010). *Sistemas de informação de enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos*. Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Tese de Mestrado de Informática Médica, Porto.

Mueller, C. (2009). Children's Mental Health: a nursing perspective. *Alberta RN*. 65 (7), 24-25.

Mullen (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute in-patient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*. (18), 83-90.

Nunes, L. (2005). *Ética na investigação em Enfermagem*. Comunicação – Mesa-Redonda: Ética na Prática de Enfermagem – XXVI Congresso Português de Cardiologia. 11 de Abril 2005. Porto.

Nunes, L. (2008). Responsabilidade Profissional. In *Seminário de Ética*, Parque das Nações, 28 Setembro de 2007. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de informação de enfermagem (SIE) - princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Acedido a 11/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE*. OE. Recuperado em 29 janeiro, 2014, de www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: OE. Recuperado em 24 junho, 2012, de https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2011/Ponto9_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: OE

Organização Mundial de Saúde (s.d.). *Saúde mental*. Acedido a 28/03/2014. Disponível em: http://www.who.int/topics/mental_health/en/.

Parecer CJ/ 20 de 2001. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.

Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. (2.^aed.). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5^a Ed.). São Paulo: Artmed.

Ribeiro, J. (2011a). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (5).

Ribeiro, T. (2011b). O que arte, cura. [s.n, s.l]

Rodrigues, R. (2008). Intervenções sociopsicodramáticas: atualização e sistematização de recursos, métodos e técnicas. In M. Marra & H. Fleury (Organizadoras). *Grupos* (pp. 101-123). São Paulo: Ágora.

Santos, J. (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Santos, João (2007). *Ensinaam-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Santos, João (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Santos, S., Paula, A. & Lima, J. (2003). O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11 (1), 80-87.

Schaeffer, J. (1998). Transference and counter transference interpretations: harmful or helpful in short-term dynamic therapy? *American Journal of Psychotherapy*, 52 (1), 1-17.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica – Do Diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. (1^a ed.). Coimbra: Quarteto.

Shaha, M. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse researcher*, 18 (2), 77-87.

Silva, A. P. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5), 1151-1158.

Sociedade de Língua Portuguesa. (1990). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Tomo IV. Alfragide: Ediclube.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Stuart, G. & Laraia, M. (2003). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática* (6.ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.

Turner, E. & Liew, J. (2010). Children's Adjustment and Child Mental Health Service Use: The Role of Parents' Attitudes and Personal Service Use in an Upper Middle Class Sample. *Community Mental Health Journal*. (46), 231-240.

Vidigal, M. e col. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, E. (2006). CAMHS liaison: supporting care in general paediatric settings. *Paediatric Nursing*, 18 (1), 30-33.

Wender, L. (2010). Intervisión: un concepto acerca de la supervisión. *Psicoanálisis*, 32 (2/3), 203-206.

APÊNDICES

GRUPO FOCAL - Perguntas e Objectivos

- **Agradecer a presença de todos e enfatizar o carácter relevante da presença de todos e de cada um.**
- **Explicar o projecto de estágio e o âmbito do *Grupo Focal*.**

Questões:

- 1. Comparativamente a outras áreas onde já prestaram cuidados de enfermagem, o que identificam de diferente e específico na área de pedopsiquiatria?**
- 2. Na vossa perspectiva o que é que poderá estar na origem de uma doença mental numa criança/adolescente?**
- 3. Tendo em conta as diferentes patologias das crianças no internamento, quais os cuidados de enfermagem que consideram assumir maior protagonismo no nosso internamento?**
- 4. Perante o atual modelo de elaboração dos registos de enfermagem (registo escrito manualmente em diário de enfermagem), considera-a adequada para o planeamento diário dos cuidados de enfermagem?**

Transcrição do Grupo Focal:

“A prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria”

Legenda:

| | |
|----|--------------|
| E1 | ECG |
| E2 | ECG + CMESMP |
| E3 | EESM |
| E4 | ECG + CMESMP |
| E5 | E.E |
| E6 | EESM |
| E7 | EESM |
| E8 | EESM |

| | | |
|----|-----------|---|
| M1 | Vanessa | - |
| M2 | Margarida | - |

X – Pessoa

X - Ambiente

X – Saúde

X – Cuidados de Enfermagem

Questão n.º1:

“A nossa primeira questão... apela (...) às nossas memórias, às nossas percepções, (...) à nossa intuição, e... o que eu ia vos pedir era para vocês pensarem noutra unidade onde já tenham prestado cuidados (ou, aqueles que não tiveram a trabalhar noutra unidade, que já estiveram a estagiar) e comparativamente com essa unidade que pensaram, o que é que identificam como principais diferenças em relação aqui ao internamento de Pedopsiquiatria?” M1

| Cat/ Subcat | Unidades de Registo | Análise de enunciação |
|----------------|--|---|
| 4.2 | “Cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a nível da parte relacional (...)” E1 | Relação como intervenção. |
| 4.2 | “(…) Eu venho dos adolescentes [Unidade de Adolescentes], em que, essencialmente, a parte técnica era bastante valorizada (...) e aqui [na UIPIA] o que eu notei mais diferença foi que, essencialmente, é relação... é um trabalho em relação (...)” E1 | Principais diferenças: UIPIA → menos técnico. Relação como intervenção. |
| 1.2. | “(…) na Unidade de Pedopsiquiatria o trabalho com as famílias é feito de um modo diferente (...) nos sítios onde eu trabalhei, não era dada tanta importância à família como fazendo parte dos cuidados, era falado com a família na altura da alta mas, quer dizer, integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui... isso não era real (...)” E2 | Principais diferenças: UIPIA → maior importância atribuída à família. Família como parte integrante dos cuidados. |
| 4.1.3. | “(…) a forma como nós aqui intervimos com os jovens, planeando as actividades ou (...) programando, digamos, o projecto deles, de uma forma individual, tendo em conta, também, os objectivos deles... eu acho que é muito mais centrado no cliente do que noutros serviços (...) o que eu sinto é que é um serviço que tem uns cuidados mais per- | Cuidados centrados no cliente: cuidados mais personalizados/ individualizados – que têm em consideração os objectivos/ neces- |

| | | |
|----------------|--|---|
| 1.2. | sonalizados, ou tenta ter, [o projecto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades do utente , da família e tenta integrar, de uma forma mais dinâmica, todo este processo (...)" E2 | sidades dos clientes. Família como parte integrante dos cuidados. |
| 4.1.4. | "(...) ao desenvolver actividades terapêuticas (...) mesmo noutros serviços de saúde mental, onde eu trabalhei , isto não acontecia, não eram desenvolvidos este tipo de actividades [terapêuticas mais centradas no cliente] , este tipo de intervenções terapêuticas... era mais dar a medicação e pouco mais se fazia (...). E aqui, realmente, quando eu vim para cá isso trouxe-me outra visão do que era a psiquiatria e outra forma de trabalhar também (...) " E2 | Principais diferenças: UIPIA → Desenvolvimento de actividades de cariz terapêutico. |
| 4.1.4. | "Acho que, por vezes, as actividades [terapêuticas] que realizamos podiam ter mais em conta as necessidades de cada um , ter mais em conta [e] as necessidades do grupo, não serem actividades tão ocupacionais (...) terem outra vertente (...)" E2 | Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: actividades terapêuticas centradas nas necessidades do cliente (Cuidados centrados no cliente). |
| 4.2 | "Pensar em intervenções neste serviço, comparativamente com outros serviços onde já tenha prestado cuidados, eu acho que (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) é para nós é uma ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (...)" E3 | Relação Terapêutica (RT) : uma ferramenta basilar/ central dos cuidados na UIPIA. Relação como intervenção. |
| 4.2. 4.3.1. | "Não quer dizer que [a relação terapêutica] não seja [central] noutro tipo de serviços, eu acho que aqui é, que tem de ser, que pode ser, mas aqui é de uma forma muito mais evidente , [Na UIPIA a relação terapêutica é] muito mais trabalhada e com o envolvimento (...) diferente por parte dos enfermeiros (...) " E3 | Principais diferenças: UIPIA → RT mais evidente, com maior envolvimento dos enfermeiros. |
| 4.3.1. | "(...) [A relação terapêutica desenvolvida na UIPIA pressupõe] um envolvimento muito diferente da minha parte, isto é, com a necessidade também de um trabalho de... de descoberta... de relação , de relação no fundo... eu acho que este trabalho que desenvolvemos aqui, em profunda relação com as crianças, com os adolescentes, com as famílias, nem tanto, mas sim também, eu acho que marca a diferença entre o trabalhar aqui [na UIPIA] e trabalhar noutro sítio. " E3 | RT : Principais diferenças: UIPIA → maior envolvimento do Enfermeiro – necessidade de um trabalho de descoberta/ de relação. Relação como intervenção. |
| 4.2 | "Realmente a nossa técnica, a técnica que mais utilizamos eu acho que é a relação de ajuda [relação terapêutica] , ainda que noutros serviços se utilizem outro tipo de técnicas (...)" E3 | RT : Principais diferenças: UIPIA → uso da Rela- |

| | | |
|-------------------|---|--|
| | | ção como intervenção. |
| 4.3.1. 4.2 | <p>“E isso [relação terapêutica] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção também, [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, mas já pensando em percursos individuais, mas que naturalmente se cruzam com o serviço e têm impacto na forma como nós prestamos cuidados... e reforçam esta dimensão da relação terapêutica e da possibilidade de nós prestarmos cuidados em relação, e isso acho que é muito difícil às vezes (...)” E3</p> | <p>RT: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional – o que tem impacto na Relação como intervenção.</p> |
| 4.2 | <p>“(...) noutros serviços (...) arranjam-se outros refúgios, outros subterfúgios e... as técnicas mais... isto é difícil de separar, mas as técnicas, talvez, mais práticas (...) que naturalmente eu acho que têm que implicar relação mas muitas são utilizadas para distanciar... são utilizadas... quase até para fugir à relação. Aqui o sentido é outro, nós temos mesmo que estar em relação e acho que isso marca definitivamente a forma como nós prestamos cuidados nesta unidade.” E3</p> | <p>RT: Principais diferenças: UIPIA → Relação como intervenção.</p> |

Questão n.º1-1:

“Podes falar um bocadinho mais sobre o que é que é prestar cuidados em relação? (...)” M1

| | | |
|--|--|--|
| 4.3.2. 4.3.1. 4.3.2. 4.3.3. | <p>“É difícil definir (...) o que eu sinto de prestar cuidados em relação é de estar efectivamente em relação com a criança e com o adolescente e isso [prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de [prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo, [prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] com aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (...)” E3</p> | <p>Relação como intervenção: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional e Disponibilidade do Enfermeiro.</p> |
| 4.3.1. | <p>“[Ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é?” E4</p> | <p>Enfermeiro como instrumento terapêutico.</p> |
| 4.3.2. | <p>“[Prestar cuidados em relação] É estar permanentemente «ligados» (...) é estarmos sempre em relação...” P5</p> | <p>Estar sempre em relação = estar sempre ligado.</p> |
| 4.3.2. | <p>“Eu (...) tenho dúvidas que seja possível estar sempre em relação, eu não sei se é possível ou... é possível estar sempre em relação, difícil é</p> | <p>Relação = estar sempre ligado.</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | estar sempre nesta dimensão terapêutica...” E3 | RT = relação/ estar sempre ligado + “dimensão terapêutica”. |
| 4.3.2. | “Mas acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno. Por exemplo, tu entras às 8 da manhã até às 16h30 «estás sempre ligada». Mesmo na tua hora de almoço...” P5 | Estar sempre ligado = Disponibilidade incondicional. |
| 4.3.2. | “[Prestar cuidados em relação é estar] Sempre disponível... Tem que se estar sempre...” E1 | Estar sempre ligado = Disponibilidade incondicional. |
| 4.3.2. 4.3.4. | “ Eu não acho que se tenha que estar sempre disponível [para a relação] (...) essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande, que eu também a sinto. Mas... a verdade é que se calhar não precisamos de estar sempre disponíveis.” E3 | Disponibilidade incondicional? – pode ser geradora de culpabilidade. |
| 4.3.4. 4.3.2. | “Mas [Durante o turno] estamos sempre preocupados com [os miúdos]... e isso [Estarmos sempre preocupados com os miúdos] acaba por nos manter sempre «ligados» a eles durante o turno todo” P5 (E3 parece concordar). | Preocupação implica estar sempre ligado (= Disponibilidade incondicional). |
| 4.3.4. | “Sempre uma sensação de ter que estar...” E1 (E3 parece concordar). | Disponibilidade incondicional «obrigatória». |
| 4.3.2. | “Quando estamos a trabalhar estamos sempre disponíveis, não é? Quando estamos cá de turno, estamos no serviço... podemos não estar, mas quando nos é solicitado... (E3 refere, neste momento: “disponibilizamo-nos”) [E3 parece reforçar o referido] podemos sentir que não nos apetecia, «agora não queria que me chateassem», «agora não queria que me dissesse isso», «agora não queria que me chamassem nomes» (...) eu não queria mas eu estou cá, não é? E...” E6 | Disponibilidade incondicional «obrigatória» implícita à prática profissional ≠ Disponibilidade para “estar”. |
| 4.3.2. | “Mas eu acho que o que a E3 está a querer dizer de disponível... eu agora estava a pensar nos miúdos com alterações do comportamento... Quando estamos, por exemplo, com eles no quarto de isolamento... e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (...). É preciso sair e entrar outra pessoa” E4 (E3 parece concordar) | Limites da RT podem condicionar Disponibilidade para “estar”. |
| 4.3.2 | “Há como que uma gradação da profundidade da relação. Há relações mais superficiais... Há pessoas com quem nós falamos e miúdos que estão internados e mesmo famílias com quem temos uma relação que é mais... que essas pessoas respeitam o nosso espaço, o espaço delas, não invadem a nossa privacidade, não invadem o nosso espaço e há outros que estão sistematicamente a tentar impor limites, a tentar sempre invadir... (E4 refere, neste momento: “E são | Limites da RT podem condicionar Disponibilidade para “estar” - a constante transposição dos limites da RT pelo cliente gera um maior cansaço no Enfermeiro, condicionando a sua |

| | | |
|------------------|--|--|
| | esses mecanismos que depois também estão na relação, não é?”) Isso leva a um desgaste, a um cansaço maior... Porque está sempre a obrigar-te, a testar-te os limites... E6 (E3 e E4 parecem concordar) | Disponibilidade para “estar”. Disponibilidade para “estar” influencia a profundidade da relação. |
| 4.3.3. | “Estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas” P5 | A constante transposição dos limites da RT pelo cliente gera um maior cansaço no Enfermeiro, condicionando a sua Disponibilidade para “estar” → por o confrontar com as suas “coisas”. Tem implícito um Processo de auto-conhecimento . |
| 4.3.3. | “Sim, [estamos sempre a ser confrontados] com as nossas dificuldades, com as nossas capacidades, com o que somos capazes de trazer...” E4 | “Coisas” = dificuldades, capacidades, características pessoais do Enfermeiro. |
| 4.3.2 | “E muitas das vezes também saímos não só por desgaste, mas por desgaste daquilo que a gente já tentou com aquele miúdo e já não consegue mais...” «Tipo, olha, eu não consigo mais, tenta tu porque...» P5 | Limites da RT podem condicionar Disponibilidade para “estar”. |
| 4.3.2. 4.3.3. | “(...) quando digo não estar disponível é esta dimensão de (...) construir limites e de (...) sabermos respeitar-nos... esta dimensão terapêutica não pode ser um exercício violento, contra nós próprios (...) na relação terapêutica tem que estar claro o nosso limite e o limite do miúdo (...) e esta dimensão, às vezes, de sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa... somos dois [enfermeiros] no turno, ou três, e isso dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecermos, também, aquilo que estamos a sentir... «Que chato», «Que não me apetece», «Que difícil» (...)” E3 (E4 parece concordar) | Limites da RT (do Enfermeiro e do cliente) podem condicionar Disponibilidade para “estar” – este processo é facilitado pela existência de um trabalho em equipa. |
| | “E até nós próprios nos organizarmos, porque a determinada altura...” E4 | Reconhecimento dos Limites da RT . (Organizarmo-nos para quê? Para manter o contexto e os limites da RT?). |
| 4.3.2. | “[ao sair um pouco «de cena»] Eu não sei se saímos da relação nisto, se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação, talvez seja por aí...” E3 | «Afastamento» face ao cliente é integrado na RT. Pode-se estar sempre |

| | | |
|--|--|--|
| | | ligado/sempre em RT, mesmo sem estar em relação directa com o indivíduo. |
|--|--|--|

Questão n.º1-2:

“E quando temos de sair continua a ser terapêutico?” M1

| | | |
|--------|---|--|
| 4.3.2. | “Eu acho que sim [que sair um pouco «de cena», continua a ser terapêutico] (...) sem dúvida nenhuma!” E3 | «Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT. Pode-se estar sempre ligado/sempre em RT, mesmo sem estar em relação directa com o indivíduo. |
| 4.3.2. | “ [Sair um pouco «de cena», é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa é a possibilidade de fazer diferente.” P5 | «Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – pode tornar-se determinante para o sucesso da RT. |
| 4.3.2. | “ A tua saída é terapêutica! Para ti e para ele [criança/adolescente], claro... ” E1 | «Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – pode tornar-se determinante para o sucesso da RT. |
| 4.3.2. | “(…) porque nós continuamos em relação com aquele miúdo... mas esta... é esta dimensão dos limites, é perceber que nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco... quando eu digo sair não é, naturalmente, fisicamente (...), mas «agora não vou estar contigo, mas não te abandono... não vou estar contigo...» e eu acho que [a saída «de cena»], sim, tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós, porque eu acho que é muito difícil fazer isso às vezes (...) e sinto-me culpabilizada de... quase como se não estivesse a ser capaz (...) eu devia de ser capaz de dar uma resposta e não estou a ser capaz... Isso às vezes (...) é muito limitador e é muito culpabilizante também e desumaniza a relação terapêutica (...). Tem a ver com a resposta certa, não há resposta certa (...)” E3 | «Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – “continuamos em relação”. «Afastamento» físico ≠ término da RT. Disponibilidade incondicional «obrigatória» (implícita à prática profissional) vs ausência de disponibilidade «emocional» (relacionada com os limites da RT) → gera um sentimento de culpa e incapacidade no enfermeiro. |

Questão n.º1-3:

“E a disponibilidade também pode ser uma diferença em relação aos outros serviços?” M1

| | | |
|----------------------------|--|---|
| 4.3.2. | <p>“Eu acho que não é tão exigente (...) eu acho que é muito difícil de quantificar mas, eu acho que noutros serviços nós não... para já não estamos tão expostos... eu acho que aqui a exposição... é permanente...” E3</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → Exposição do enfermeiro é permanente.</p> |
| 4.3.2. | <p>“Sim... aqui a exposição... é... permanente.” E1</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → Exposição do enfermeiro é permanente.</p> |
| 4.3.2. | <p>“(...) Nós aqui estamos muito em relação, mas isso também nos expõe, nos expõe muito... noutros serviços, eu acho que isto não é tão evidente porque... para já são crianças (...) e adolescentes, e isso introduz uma dimensão diferente de relação (...) uma criança não é autónoma como o adulto, um adolescente tem mais autonomia, mas [e isso cria] esta necessidade de estarmos mais próximos na relação (...)” E3</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → Maior Exposição do enfermeiro decorrente da Relação como intervenção. Relação específica com a criança/adolescente (que tem menor autonomia que os adultos) implica uma maior proximidade → maior Exposição do enfermeiro.</p> |
| 4.1.4. 4.3.2. 4.3.3. | <p>“O que acontece é que os cuidadores, que seriam os cuidadores familiares não estão. Portanto, nós [enfermeiros] estamos a desempenhar esse papel (...). Eles [crianças/adolescentes] quando olham para nós [enfermeiros] e quando nós estamos ali, disponíveis, o que é que eles [crianças/adolescentes] vêm em nós [enfermeiros] e o que é que eles acham que nós lhes podemos dar...? Eu acho que essa é uma grande diferença, que muitas vezes não é muito... pensada e que, realmente, na Pediatria, nos internamentos (...) os pais estão sempre presentes e os pais fazem este papel de contenção, de presença, de limite, de afecto...” E6</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → Enfermeiro assume o papel de cuidador (formal e informal?). O enfermeiro «substitui» os “cuidadores” quando estes não estão presentes – proporcionam: “contenção”, “presença”, “limite”, “afecto” → papéis desempenhados pelo enfermeiro que promovem a sua aproximação e exposição face ao indivíduo. Principais diferenças: UIPIA → ausência quase permanente dos pais.</p> |
| | <p>“(...) eram vinte e duas camas [no serviço clínico onde trabalhava antes de ser transferida para a UIPIA] logo a mudança, para aqui, foi logo em</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → menor número de indivíduos inter-</p> |

| | | |
|--------|--|--|
| 3.1. | termos do número (...) de doentes que cá estão, são dez... em termos do espaço, aqui o espaço (...) tem um funcionamento de uma casa (...), está acessível (...) quer aos profissionais, quer às crianças e lá não... lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (...) muito mais impessoal (...)” E7 | nados. Principais diferenças: UIPIA → ambiente mais pessoal/ individualizado/ acessível, |
| 4.4.1. | “(…) aqui [na UIPIA] há muito a pessoa de referência (...)” E7 | Principais diferenças: UIPIA → Enfermeiro de referência. |
| 3.1. | “(…) o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais aguda , é uma coisa que requer a vigilância vinte e quatro horas por dia (...)” E7 | Principais diferenças: UIPIA → Vigilância permanente do enfermeiro. |
| 3.1. | “(…) o facto de estar fechado [UIPIA] (...) associam [crianças/adolescentes] às vezes, erradamente, que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma medida protectora (...)” E7 | Principais diferenças: UIPIA → Ambiente fechado, como “medida protectora”. |
| 4.3.3. | “(…) aqui não há doentes distribuídos , aqui no final do turno é que vemos com quem é que estivemos mais próximo (...)” E7 | Principais diferenças: UIPIA → Indivíduos internados são «distribuídos» pelos enfermeiros no final do turno (e não no início). |
| 4.3.3. | “(…) Aí são quase os miúdos que nos escolhem, não é? E não nós os miúdos... ” P5 | Principais diferenças: UIPIA → Indivíduos internados são «distribuídos» pelos enfermeiros no final do turno (e não no início), dependendo “quase” da escolha dos crianças/adolescentes. |
| 4.3.1. | “(…) por exemplo, nos outros serviços, a gente tem àquela hora um medicamento e àquela hora tem que dar o medicamento, pode não me apetecer mas tenho que o dar... e aqui na pedopsiquiatria às vezes depende muito... voltamos à disponibilidade, também, se calhar de uma outra disponibilidade diferente da que estávamos a falar há bocado... mas, depende muito da actuação de cada um de nós, porque eu faço coisas diferentes da E2, a E2 faz coisas diferentes dela... ou seja, não há uma... não há uma linguagem comum, não há um método de actuação... (...) mas isso faz falta aqui, não é?” P5 | Principais diferenças: UIPIA → ausência de «rotinas»; Modo de intervenção singular a cada enfermeiro – pode promover a ausência de «rotinas» na UIPIA. |
| | “(…) depois pôr um antibiótico é sempre igual (...)” E1 | Principais diferenças: UIPIA → ausência de |

| | | |
|--------|--|--|
| | | «rotinas»; |
| | “É a diversidade de relação terapêutica (...)” E3 | Modo de intervenção singular a cada enfermeiro (diversidade da RT) – pode promover a ausência de «rotinas» na UIPIA. |
| 4.3.4. | “(…) mas esta relação, eu pessoalmente sinto... é uma relação que cansa, cansa fisicamente (...). De doze crianças que tinha nos adolescentes (...) já tive aqui turnos que saí daqui mais cansado (...). E sem contar com os turnos, complicados, das alterações do comportamento (...) que esses... sai-se cansado mesmo...” E1 | Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens. |
| 1.1. | “(…) Acho que isso tem a ver com a grande imprevisibilidade que existe no comportamento das crianças (...)” E6 | Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças” |
| 4.3.1. | “(…) E o nosso! (...) não digo imprevisibilidade, [Durante a relação com as crianças existe uma grande] mas diversidade [no comportamento dos enfermeiros] vá...” E3 | Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças” e “diversidade” do comportamento dos enfermeiros (Modo de intervenção singular a cada enfermeiro). |
| 2.1. | “(…) porque (...) ou há uma grande oscilação, em termos do comportamento... e algumas alterações provocam mesmo essa oscilação do comportamento... Alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento... e [a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também aqui, depois, uma zanga... [no enfermeiro] porque, ainda assim, nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender... perceber que parece que há uma evolução (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde muito aquilo que...” E6 | Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças” gera uma “zanga” por parte dos enfermeiros por os comportamentos das crianças nem sempre correspondem às suas expectati- |

| | | |
|--------|--|--|
| | | vas/compreensões do problema. |
| 4.1.3. | “(...) até porque, para alguns miúdos, definimos mesmo um projecto terapêutico... portanto, é esperado que faça isto, que chegue ali (...) às vezes temos dúvidas sobre o que é que é esperado ou (...) o que é | Principais diferenças: UIPIA → Dificuldade na avaliação e definição dos resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem. |
| 4.1.5. | que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha, está melhor, está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? Está melhor para quê? Para ir para casa? Está melhor porque já consegue comer (...) está melhor porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavrões (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas, eu tenho muitas dúvidas sobre isto (...)” E6 | |
| 4.1.2. | “(...) Eu também... Quando a M1 introduziu o tema e falou de identificar diagnósticos de enfermagem, aqui no serviço, eu... eu tenho muitas dúvidas... que se prendem também com isso, com a dificuldade em | Principais diferenças: UIPIA → Dificuldade na definição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas por dificuldade na definição dos resultados de enfermagem esperados – variam de criança/adolescente para criança/adolescente. |
| + | percebermos os diagnósticos, os diagnósticos eu acho que nem tanto, porque é possível, com trabalho... eu acho que tem que haver um | |
| 4.1.4. | trabalho prévio de... quase investigação (...) de procura... de percebermos o que fazemos, [implica um trabalho de procura e de investigação] de irmos aos livros ver o que é que os livros dizem, a que é | |
| 4.1.3. | que aquilo se assemelha, muitas vezes também temos muita dificuldade em dizer o que fazemos. Mas eu acho que (...) este grau de dificuldade [de dizer o que fazemos] também se prende com esta dimensão dos resultados, do que é que se espera (...) porque isso varia muito de miúdo para miúdo...” E3 | |

Questão n.º1-4:

“Nos outros serviços... agora fazendo aqui a comparação... não é tanta a diferença [no que respeita a identificação de diagnósticos e resultados de enfermagem]?” M1

| | | |
|--------|--|---|
| 4.1.2. | “Eu acho que não... [noutros serviços] eu acho que é muito mais claro... tanto a definição de um diagnóstico como os [noutros serviços | Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados. |
| 4.1.5. | torna-se mais clara a definição dos] resultados...” E3 | |
| 4.1.2. | “Pois... depois [noutros serviços] o resto [dados sobre a criança/adolescente] é quantificado... pelas análises...” E1 | Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados – mais difíceis de quantificar. |

| | | |
|------------------|---|--|
| 4.1.2. 4.1.5. | “(…) [Noutros serviços] Há dados [mais] objectivos ou [Noutros serviços] é tudo mais objectivável [quanto à definição de resultados de enfermagem]...” E3 | Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na <u>definição de diagnósticos/ resultados</u> esperados – dados menos “objectiváveis”. |
| 4.1.5. | “(…) Dói ou não dói? Tens já a escala da dor (...). Sim, mas é mais fácil de se entender a parte fisiológica ” E1 (E3 parece concordar parcialmente) | Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na <u>definição de diagnósticos/ resultados</u> esperados. |

Questão n.º2:

“Quando uma criança ou adolescente é internado aqui na unidade quais é que são os aspectos mais relevantes a registar, a colher (...)?” M1

| | | |
|----------------------------|---|--|
| 4.1.1. 4.1.3. 4.1.1. | “(…) Para mim [Na admissão, o mais relevante] é perceber o motivo do internamento e... e fazer o exame do estado de saúde mental... como é que chega aquela criança a nós, em termos do humor , em termos do pensamento , da alteração do pensamento, da percepção (...) avaliar o discurso... perceber se ela aceita, ou não, o internamento... porque isso [Durante a admissão, o exame do estado de saúde mental] depois também nos ajuda a definir o que é que vamos fazer a seguir. Se tiver uma criança que recusa o internamento, eu vou ter que ter uma determinada intervenção (...). E, depois, também, conhecer a família. Perceber o que é que a criança me tem a dizer, na [a] perspectiva dela [criança] sobre o que é que [a] traz ali e na [a] perspectiva dos pais , e depois perceber a perspectiva dos pais em relação aos motivos do internamento e em relação ao estado de saúde mental da criança (...)” E4 | Acolhimento - aspectos relevantes a colher: - Motivo do internamento; - Exame psiquiátrico do estado mental; - Perceber se a criança aceita/ recusa o internamento; - Dados relevantes sobre a família; - Avaliar perspectiva da criança/ família face ao motivo do internamento; - Avaliar a perspectiva da família sobre o estado de saúde da criança. |
| 4.1.1. | “E também [Na admissão é relevante registar] o que é que [a criança e os pais] esperam do internamento (...)” E2 | Acolhimento - Aspectos relevantes a colher: - Expectativas face ao internamento. |
| 2.3. | “E depois... percebendo o que é que esperam... porque depois muitos [os] pais (...) e as crianças também chegam muito assustadas, porque | Acolhimento – Apoio ao prestador de cuidados e à crian- |

| | | |
|-------------|---|--|
| 4.1.1. | <p>trazem uma série de pré-conceitos em relação ao que é o internamento de pedopsiquiatria (...) e muitas vezes, eu noto, que ao apresentar o espaço e ao apresentar os profissionais, ao apresentar a equipa, ao apresentar os outros jovens internados, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de pré-conceitos sobre a UIPIA] se... se diluem (...) e falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (...)” E4</p> | <p>ça/adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apresentação do espaço/ profissionais/ jovens internados/ regras da UIPIA – para “diluir” pré-conceitos associados à área de Pedopsiquiatria. |
| 4.1.1. 1.2. | <p>“E muitas vezes há esta necessidade enorme de quando nós recebemos os pais na admissão de eles «vomitem» uma série de coisas, eles precisam de um espaço para serem ouvidos, porque também [na admissão, muitas vezes, os pais] estão no limite, estão na exaustão (...) porque também se sentem falhados, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo que eles acham que deveria ser estas alterações que os miúdos apresentam, que não conseguiram se aperceber disto que, se calhar, não tiveram a atitude mais correcta (...) quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos... também estão, muitas vezes, exaustos porque também não sabem como agir ou como intervir face aos comportamentos das crianças (...) às vezes entra um miúdo, estamos perto da hora do almoço... «Ah, eu vou-me despachar, eu vou ser rápida!» (...) mas depois quando estamos lá, com os pais, nós percebemos esta necessidade que eles têm, ou com os técnicos, que eles têm, realmente, de (...) ter ali um espaço, ter ali alguém que os ouça sem ser julgado (...). [Durante a admissão, perante a necessidade dos pais de serem ouvidos, os enfermeiros consideram importante] Clarificar um pouco o que é que vai acontecer aqui (...) um pouco a filosofia dos cuidados que nós idealizamos (...)” E4</p> | <p>Acolhimento – Apoio ao prestador de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da escuta activa no momento da admissão; - Clarificação da filosofia de cuidados da UIPIA. <p>Acolhimento – Sentimentos do prestador de cuidados – “exaustão”, sentem-se “falhados”.</p> |
| 3.1. 4.3.2. | <p>“(…) e não sei se, aqui [UIPIA], será o melhor sítio onde eles [crianças/adolescentes] podem estar, porque trazem um historial de consumos e outras coisas que aqui dentro não podem fazer, desde a coisa mais simples como os hábitos tabágicos... e isso [na admissão de crianças/adolescentes com historial de consumos torna-se] é extremamente complicado, eu acho, numa admissão, tu estares a definir uma regra que eles aqui não podem fazer (...)” E7</p> | <p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras da UIPIA – difícil de gerir, pelos enfermeiros, por “definição” de regras que contrariam os hábitos dos jovens.</p> |

Questão n.º2-1:

“Nessa situação [situação de jovem admitido segundo “mandato policial”, com perturbação do comportamento – hetero-agressividade física dirigida a pessoas], quais é que foram os dados que foram para ti importantes colher (...)?”

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| 4.1.1. | <p>“Numa primeira fase... pode parecer incrível, mas... eles vêm... estão horas na urgência... se calhar, prioritariamente, saber como é que a pessoa [criança/adolescente] se sente, como é que está... e ajustar... ajustar o que ela já lá tinha fora... tão simples como a medicação (...) e que a toma da medicação possa também ser feita (...)” E7</p> | <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: “saber como é que a pessoa se sente” e ajustar os cuidados de enfermagem às necessidades da criança/adolescente no momento.</p> |
| 4.1.4. 2.1. 4.3.2. | <p>“(…) nós acabamos por fazer aqui um pouco, muitas vezes aquilo que os pais e a família mais alargada e até instituições, onde eles estão, não conseguem fazer, nomeadamente, [quanto aos] os hábitos que eles têm de consumo de uma série de substâncias... ou do comportamento em si mesmo (...) o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco ou... não ouve, não escuta ninguém, ninguém consegue impor limites na relação... e é esperado que se chegue aqui e que de repente nós possamos conseguir impor esses limites (...). E isto é muito organizador... a questão é como é que nós vamos colocar isso? (...) Como é que vamos pôr estes limites na relação? Como é que o vamos ajudar? A E7 estava a dizer (...) a gente chega aqui... a partir de agora vamos castrar tudo, olha... «agora não podes fumar, agora não podes ter telemóvel» (...)” E6</p> | <p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o indivíduo vs dificuldade em impor limites por se poder constituir como um impasse na (presente)/ para (futuro) RT.</p> |
| 4.3.2. | <p>“Eu sinto isso [a colocação de limites na relação] numa dimensão reguladora...” E3</p> | <p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o indivíduo - tem uma “dimensão reguladora”.</p> |
| | <p>“Mas sempre a castrar, sempre a frustrar (...). «Agora não podes», «Mas não posso porquê?»” E6</p> | <p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: dificuldade em impor limites por se poder constituir como um impasse na (presente)/ para (futuro) RT.</p> |

| | | |
|--------|---|--|
| | “(…) É certo que é explicado, tem um significado (…)” E3 | Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o indivíduo - tem uma “dimensão reguladora” – tem um significado. |
| 2.1 | “É explicado quando tu tentas compreender a importância de «não podes ter porque há isto...». Mas, eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação que não é esse, que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! Quem és tu agora?» (...). Porque o eu ter é o eu ser (...)” E6 | Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: tem um significado – embora durante a admissão os jovens pareçam não conseguir aceder a esse “registo de relação” (definição de regras). |
| | “É a identidade da pessoa que parece que eu estou a tirá-la...” E7 (E6 parece concordar) | Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: vs personalização dos cuidados. |
| 4.3.2. | “Como é que se começa a fazer esse processo [colocação de limites na relação] de uma forma que não (...) vá gerar esta conflitualidade (...) e fazer isto sem ser impositivamente... de uma forma terapêutica...” E6 | Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: vs personalização dos cuidados. |
| 4.3.2. | “[Apesar de reconhecer a importância da colocação de limites na relação] (...) eu consigo compreender que para o miúdo seja difícil não ter o <i>piercing</i> (...) consigo genuinamente compreender isso (...)” E3 | Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: personalização dos cuidados vs regras da unidade. |
| 4.1.1. | “(…) na admissão sinto menos vontade de colher dados... não me apetece (...) e eu acho que às vezes a admissão (...) muitas vezes transforma-se num acto quase burocrático... eu sei que tenho de colher o número de telefone, e ainda que, muitas vezes, eu já não preencha um | Acolhimento – fase inicial da relação terapêutica com o cliente: “momento fundamen- |

| | | |
|--------|--|--|
| | <p>terço daquilo que eu acho que esta lá na folha para preencher, o que eu sinto é que eu queria estar... acho que é um momento fundamental, é um momento fundador para estabelecer relação com aquele adolescente e com aquela família... eu às vezes sinto-me invadida (...) pelos dados que tenho de colher, pela obrigação de colher dados... porque tem de ser... porque tenho de passar a informação, porque me vou esquecer (...). Na admissão, eu gostava de me sentir bastante mais disponível (...) para a relação, para este momento que é um momento que eu acho que é fundamental e fundador da relação terapêutica e acho que influencia imenso a aliança terapêutica que eu vou conseguir estabelecer com aquele jovem e com aquela família. A forma como eu estou disponível para os ouvir, como eu estou disponível para... ainda nem é para dar sentido nenhum àquilo, é só para receber (...) mas receber de uma forma disponível, não é pensar «ah, isto tem que durar não sei quanto tempo» e, para além disso, eu depois vou ter que fazer uma folha imensa porque institucionalmente é aquilo que eu tenho de fazer (...)” E3</p> | <p>tal” e “fundador da relação terapêutica”, com influência na aliança terapêutica com o cliente.</p> <p>Exige disponibilidade para a relação.</p> <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: gostar de sentir maior disponibilidade para o acolhimento.</p> |
| 4.7.1. | <p>“Eu acho que há aqui um aspecto importante (...) que é (...) como é que nós passamos essa informação [relativa à admissão]? (...)” E6</p> | <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: como é que é que a informação é transmitida.</p> |
| 4.7.2. | <p>“E como é que damos visibilidade àquilo que fazemos...” E4 (E6 parece concordar)</p> | <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: como é que é que a informação é transmitida de forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem.</p> |
| 4.7.1. | <p>“(...) mas é como é que é nós passamos... o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (...)” E6</p> | <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: qual a informação relevante que deve ser transmitida para que haja continuidade de cuidados.</p> |
| 4.1.1. | <p>“(...) no acolhimento eu não sinto (...) a necessidade (...) de colher uma série de dados objectivos, sinto necessidade de estabelecer relação com aquela criança e com aquela família... e nesse contexto é possível</p> | <p>Acolhimento – aspectos relevantes a colher:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dados objectivos; – Hábitos do quotidiana |

| | | |
|---|---|---|
| <p>2.3.</p> <p>4.1.1.</p> <p>4.1.5.</p> | <p>tudo... e é possível, inclusive, eu obter dados objectivos, como... como dados concretos do quotidiano da vida daquela criança, daquela família (...), o instrumento [de colheita de dados] em si permite isso. Uma conversa normal, que é inerente a um momento inicial... no estabelecimento de qualquer relação terapêutica, é possível colher tudo (...) para mim é importante também conhecer um pouco a história, o desenvolvimento, a história do acompanhamento desta criança, é uma criança que foi acompanhada, se não foi... que tipo de acompanhamento é que beneficiou, se existe, também, história de acompanhamento na [da] própria família e por outro lado (...) as expectativas... expectativas que aquela jovem, aquela criança tem, ou aqui, também, [e] a família a propósito do internamento... e as expectativas muitas vezes estão inflamadas e estão muito desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer (...) é importante também centrá-las naquilo que são as expectativas reais relativamente ao internamento. Também começa a ser importante para mim [e] perceber... sobretudo porque nós temos aqui internamentos recorrentes... como é que as crianças viveram os internamentos anteriores e o que é que aconteceu no final, como é que a criança teve alta, em que contexto é que teve alta... se passou a beneficiar de acompanhamento em ambulatório... e nós acho que temos feito esse esforço de nos articularmos de uma forma mais capaz com os recursos da comunidade... e até que ponto isso tem sido eficaz ou não? (...)” E8</p> | <p>no da criança e família;</p> <ul style="list-style-type: none"> – História anterior; – História actual; – Acompanhamento médico; – Antecedentes familiares; – Expectativas da criança/adolescente e da família/prestador de cuidados; – Encaminhamento após a alta dos internamentos anteriores na UIPIA. <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ajustar as expectativas do cliente às “expectativas reais”; – Perceber como os indivíduos vivenciaram internamentos anteriores na UIPIA. <p>Acolhimento – momento para estabelecer uma relação terapêutica com o cliente e simultaneamente para colher dados.</p> |
| <p>3.1.</p> | <p>“(…) [A UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] não haver uma rotina muito estruturada, tal como existem em outros serviços pediátricos (...)” E8 (E8 responde à Questão n.º1: “A nossa primeira questão... apela (...) às nossas memórias, às nossas percepções, (...) à nossa intuição, e... o que eu ia vos pedir era para vocês pensarem noutra unidade onde já tenham prestado cuidados (ou, aqueles que não tiveram a trabalhar noutra unidade, que já estiveram a estagiar) e comparativamente com essa unidade que pensaram, o que é que identificam como principais diferenças em relação aqui ao internamento de Pedopsiquiatria?” M1).</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → ausência de «rotinas»;</p> |
| <p>4.6.</p> | <p>“(…) acho que há uma dificuldade acrescida por, de facto, nós sermos responsáveis... nós somos os responsáveis directos, nós temos,</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → Enfermeiro</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | entre aspas, a tutela destes miúdos enquanto eles estão internados... isso acresce muito em termos de responsabilidade, em termos de peso da nossa intervenção concreta (...)” E8 | assume o papel de cuidador (formal e informal?)/ responsável directo. O enfermeiro «substitui» os “cuidadores” quando estes não estão presentes - maior responsabilidade do enfermeiro face à criança. |
| 3.1. 4.2 4.1.4. 4.2 4.3.1. 4.5. | <p>“(…) há uma diferença também grande, relativamente a outros contextos em que... aqui nós temos um misto entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um conjunto de rotinas que estão estruturadas, o horário das refeições, de cumprir a terapêutica, não cumprir, participar não participar nesta actividade, dormir as x horas... [e o estabelecimento de uma relação] e a possibilidade, complementar a essa de estabelecermos uma relação... mais nos contornos da psicoterapia ou de uma intervenção terapêutica propriamente dita... pronto, e isso é complicado</p> <p>gerir (...). A diferença maior [quando em confronto com outros serviços] (...) prende-se muito com esta questão da nossa intervenção de enfermagem não estar muito construída e, portanto, também é difícil para nós pensarmos nas diferenças quando em confronto com outras realidades (...) é uma intervenção muito relacional, ou seja, que assenta nos instrumentos relacionais e isso, obviamente, depois [a intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios</p> <p>também flutua muito de dia para dia (...) o esforço grande de nós, enquanto equipa tem a ver com isto... com a possibilidade de nós evoluirmos enquanto construção da intervenção (...)” E8</p> | <p>Principais diferenças: UIPIA → dificuldade em garantir o cumprimento das rotinas diárias da criança/adolescente, em simultâneo com o estabelecimento da RT mais diferenciada.</p> <p>Principais diferenças: UIPIA → intervenção de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pouco construída; - muito relacional; - variável de turno para turno, de enfermeiro para enfermeiro, de dia para dia. <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: possibilidade da equipa evoluir na construção da intervenção.</p> |
| 4.3.1. 4.3.3. | <p>“Percebendo sempre que... se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos, isto é... por vezes nós também queremos que surjam coisas que são um pouco impossíveis de surgir... porque eu aproximo-me, e relaciono-me com um miúdo de uma maneira diferente do que tu fazes (...) e... é esperado que ele tenha um comportamento diferente (...) com uns recorre mais a um tipo de relação e com outros... Portanto, ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferen-</p> | <p>RT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferentes enfermeiros desenvolvem diferentes padrões de relação que, por sua vez, divergem entre a equipa de enfermagem – também as crianças têm comportamentos |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| <p>4.1.2.</p> <p>4.3.3.</p> | <p>tes, mas (...) lá fora também vai ser assim... mas, às vezes, quase que temos a expectativa que ele tenha sempre o mesmo comportamento (...). E depois nós valorizamos, quantificamos, classificamos demais o comportamento... está adequado, não está adequado... está manipulador, não está manipulador (...) e para uma pessoa [o miúdo] está [manipulador] e para outra não está ... então ele não está bem... Porque ainda agora estava, e agora deixou de estar (...). Nós quase que queremos, às vezes, que os miúdos tenham o comportamento igual com toda a gente, sendo nós pessoas completamente diferentes umas das outras ou então queremos que nós sejamos todos iguais uns aos outros que é uma coisa impossível... enquanto que numa técnica asséptica... isso é possível fazer... porque eu não vou contaminar, seja eu, o António, o Manuel (...) tenho que aplicar a técnica de uma forma correcta (...) agora se for aplicar, esta coisa, que (...) é a relação de ajuda (...)" E6</p> | <p>diferentes o que parece ser influenciado por se relacionarem com enfermeiros igualmente diferentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros não conseguem ter relações iguais com as crianças porque são pessoas diferentes (e esperam que as crianças adoptem os mesmos comportamentos com os diferentes enfermeiros) – pensamento dicotómico. - Classificamos muito o comportamento da criança, havendo discrepâncias na sua avaliação (para uns é, para outros não é). |
| <p>4.4.2.</p> | <p>"(...) em termos de semelhanças... há semelhanças concretas... nós também aqui administramos terapêutica, nós também aqui avaliamos parâmetros vitais, as crianças entram com um diagnóstico concreto e saem (...) com uma melhoria do quadro clínico em relação a esse diagnóstico... há semelhanças e diferenças... eu acho é que nós podemos construir intervenção, ao ponto dessas flutuações [da intervenção de enfermagem]... que são flutuações individuais subjectivas... não contaminarem tanto o dia-a-dia das crianças aqui. Eu acho que existem formas concretas de tornar o efeito individual e subjectivo que é próprio de uma relação entre duas pessoas, mais presente (...) eu acredito que nós podemos evoluir no sentido de não haver necessidade de um técnico de referência... que o próprio ambiente seja um ambiente de referência... e eu acho que existem formas que nós podemos construir, de tornar o efeito individual menos presente (...)" E8</p> | <p>Principais semelhanças com outros serviços: administração de terapêutica; avaliação de S.V.</p> <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: Importância de uniformizar a intervenção de enfermagem para minimizar "flutuações" existentes entre o "efeito individual e subjectivo" da relação entre dois intervenientes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ambiente de referência vs enfermeiro de referência.</p> |

Questão n.º2-2:

“Tens algum exemplo dessas formas, alguma coisa que tenhas pensado?” M1

| | | |
|--------|---|---|
| 4.3.1. | “(…) a possibilidade de nós estruturarmos o nosso dia-a-dia de uma forma diferente da que temos feitos até então... eu tenho estado relativamente ausente nos últimos meses (...) e para mim é difícil muitos turnos em que há um conjunto de coisas que aconteceram antes, há um conjunto de coisas que é suposto aconteceram depois, eu estou ali no meio... e há coisas em relação às quais torna-me difícil estar presente e integrar mas que faço parte de um equipa, obviamente que tenho que integrar (...) mas acho que continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem] (...) de turno para turno, e na presença desta ou daquela pessoa (...) ” E8 | Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: Importância de uniformizar a intervenção de enfermagem para minimizar “flutuações” existentes entre o “efeito individual e subjectivo” da relação entre dois intervenientes. |
| 4.4.2. | “(…) E a possibilidade de nós estruturarmos a nossa intervenção de uma forma concreta pode reduzir muito , muito este impacto, de sermos pessoas diferentes , de estabelecermos relações com os outros de forma diferente (...) porque isso é, simultaneamente, a grande riqueza e a grande fragilidade da intervenção que nós fazemos aqui... ” E8 | Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: Uniformização das intervenções de enfermagem pode reduzir o impacto da <u>diferença na intervenção de enfermeiro para enfermeiro</u> – que é “simultaneamente, a grande riqueza e a grande fragilidade” da intervenção de enfermagem. |
| 4.4.2. | “Quanto mais rotinas nós criarmos (...) menos isso [a variabilidade da intervenção de enfermeiro para enfermeiro] é possível acontecer mas depois, também, há o risco de nos fixarmos às rotinas...” E6 (E3 parece concordar com E6; E8 parece não concordar). | Organização dos cuidados de enfermagem : Estruturação do dia-a-dia vs Risco de nos fixarmos às rotinas. |
| | “(…) existe a perspectiva de que no momento concreto a gente saiba o que pode acontecer ali (...). Quando eu entrei neste serviço (...), grande parte da equipa não tinha formação complementar, éramos enfermeiros, não tinha... seja formação no contexto da especialidade, seja em formação no contexto das sociedades e, neste momento, a realidade é completamente diferente (...)” E8 | Formação académica da equipa de enfermagem: Maior parte da equipa com formação específica realizada e a realizar. |
| 4.1.4. | “(…) continuamos a fazer coisas (...) que não fazem sentido nenhum... que é só para encher o dia da criança, sem qualquer finalidade, sem qualquer consequência positiva para aquilo que traz a criança aqui (...)” E8 | Organização dos cuidados de enfermagem : Planeamento e desenvolvimento de actividades sem intencionali- |

| | | |
|--------|---|---|
| | | dade terapêutica para a criança/adolescente internado. |
| 4.1.4. | <p>“Eu sinto essa oscilação também (...) não sei como é que nós podemos objectivar... eu acho que a diversidade, aqui, tem um lugar fundamental na nossa intervenção (...) sinto essa oscilação e a dificuldade que é, às vezes, chegar e pegar em coisas que não têm nada a ver comigo na relação com aqueles miúdos... acho que é preciso fazer caminho por aí [de] (...) tentar construir intervenção que seja... não é mais uniforme... mas que seja mais transversal a todos, talvez, que seja mais integrativa de todos nós (...)” E3</p> | <p>Organização dos cuidados de enfermagem: Estruturação de actividades vs diversidade (lugar fundamental na intervenção). Actividades deverão ser integrativas de toda a equipa de enfermagem.</p> |
| 4.1.5. | <p>“Isso está mais na nossa perspectiva, não é na perspectiva da criança! O adolescente passa aqui 2-3 semanas (...) qual é a expectativa deles... é que vêm para aqui, o comportamento deles é modelado de alguma forma, os sintomas mais agudos de alguma forma são estabilizados e têm alta (...) o que ele faz aqui durante 3... 4 semanas? Toma só comprimidos? (...)” E8</p> | Organização dos cuidados de enfermagem devem ter em conta a perspectiva da criança. |
| 4.5. | <p>“(…) se há contexto em que o nosso trabalho [de enfermagem] pode ser completamente independente e autónomo... é este [UIPIA]! (…)” E8</p> | Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são “completamente” autónomos e independentes na sua intervenção. |
| 4.5. | <p>“(…) [Na UIPIA] não sei se [o trabalho de enfermagem é] completamente independente e autónomo, mas sim... há muito espaço (...)” E3</p> | Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são muito autónomos e independentes na sua intervenção. |
| 4.5. | <p>“(…) [NA UIPIA, o trabalho de enfermagem é] mas muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (...)” E8 (E3 parece concordar)</p> | Principais diferenças: UIPIA → maior autonomia e independência dos enfermeiros na sua intervenção. |
| | <p>“(…) sim... mas mais independente e autónomo com (...)” E8</p> | Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são mais autónomos e independentes na sua intervenção. |
| 4.5. | <p>“(…) e isso [o enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta... Porque há muitos factores que fazem balançar isto, não é?... O factor da heterogeneidade da pato-</p> | Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são mais autónomos e independentes na sua intervenção – “nos |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 4.1.4. | logia, da faixa etária, neste momento nós estamos a receber, cada vez mais miúdos com os quais não estamos familiarizados em relação ao que nós vamos fazer aqui , não é?... Há um conjunto de variáveis (...) que nós não conseguimos controlar de todo (...)” E8 | diferentes momentos do internamento”. Existem factores que podem condicionar essa autonomia: diferentes patologias/idades. |
| 4.1.3. | “(…) a questão é, mas os miúdos vêm para cá para fazer o quê? Isto é... vamos olhar para todos ao mesmo tempo (...)” E6 | Dificuldade na definição dos resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem. |
| 4.1.5. | “Vamos olhar para todos e pensar no contexto também, não é? Isso também nos baliza um pouco, às vezes, aquilo que é possível não fazer... para bem e para o mal (...) é suposto que haja mais suporte para além do internamento (...)” E3 (E6 parece concordar parcialmente) | UIPIA – momento de intervenção limitado pelo seu contexto - existem outros suportes para além da UIPIA onde a criança/adolescente possa dar continuidade ao seu processo de recuperação. |
| 3.1. 4.1.3. 4.1.5. | “(…) mas para já estamos a falar de internamento (E3 parece concordar) (...) nós estamos a falar de um período de tempo que é relativamente curto , comparativamente com, por exemplo, fazer um acolhimento em ambulatório eu perspectivando que vou estar com esta família durante um ano ou dois anos (...) e sou eu que vou estar, cada vez que ele vem, está comigo e no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e não está só comigo... Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (...) e a questão é: [Durante o internamento, o miúdo] Está para quê? Para fazer o quê? (...) [Durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (...)” E6 | Principais diferenças entre UIPIA vs Ambulatório: → acompanhamento das crianças/adolescentes: - num menor período de tempo; - com maior número de profissionais que colaboram no projecto terapêutico. → Dificuldade na definição dos resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem. |
| 4.1.5. | “(…) Eu acho que às vezes há determinados aspectos que para nós são pouco... sabem-nos a pouco . Por exemplo, conseguir que um miúdo esteja integrado com outras crianças e com outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma actividade ocupacional daquelas banais | Actividades terapêuticas: Pouca valorização de actividades ocupacio- |

| | | |
|------------------------|---|--|
| | (...) mas o só garantir que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (...) E6 | nais/ “banais” mas que se podem revelar importantes no decurso do projecto terapêutico. |
| 4.1.4. | “Mas isso [actividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo!” E4 | Actividades terapêuticas: Importância da valorização de actividades ocupacionais/ “banais”. |
| 4.5. 2.1. 4.1.5. | “(…) Oh E4! Isto [actividades banais/ocupacionais] é importantíssimo mas é muito pouco valorizado por nós! (E3 parece concordar, E4 parece não concordar) (...) Porque um dos objectivos é esse.. Porque muitas das vezes os miúdos ou estão isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (...) e isto também altera e cria confusão no grupo (...). Eu acho que são estes pequenos objectivos [de favorecer a integração dos miúdos no grupo de pares, através do recurso a actividades ocupacionais/banais] (...), mas eu acho que isto não é muito valorizado por nós... ” E6 (E2 não concorda) | Actividades terapêuticas: Pouca valorização de actividades ocupacionais/ “banais” mas cujos “pequenos objectivos” se podem revelar importantes no decurso do projecto terapêutico. |
| 4.1.4. | “Eu acho que isso é valorizado. O que eu acho que acontece é que depois entramos numa... numa “bola de neve” que passa a ser actividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...) e há outras coisas que se pode trabalhar, isso [actividades banais/ocupacionais] realmente é um ganho , é um pequeno ganho, mas isso depois permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas . Eu acho que é quando chegamos a esse patamar para trabalhar outras coisas, eu acho que aí é que, muitas vezes, não avançamos (...) ” E2 (E6 parece concordar) | Actividades terapêuticas: As actividades ocupacionais/ “banais” podem revelar-se um “patamar para trabalhar outras coisas”. |
| 4.1.4. | “(…) Mas eu posso (...) sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...) . Para ter uma intervenção terapêutica com os miúdos não preciso de ter uma coisa estruturada e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (...) ” E4 | Actividades terapêuticas: Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas. |
| 4.1.4. | “Mas tens um objectivo definido quando fazes essa reunião [com os miúdos], não tens? Pretendes trabalhar alguns aspectos que vão ali emergindo (...) ” E2 | Actividades terapêuticas: Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma |

| | | |
|--------|--|---|
| | | intencionalidade terapêutica. |
| 4.1.4. | “(…) Tenho, tenho um objectivo definido [durante a reunião com os miúdos]. Sim, mas se calhar isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo que estou a ter com os miúdos...” E4 | <p>Actividades terapêuticas:</p> <p>A intencionalidade pode ser definida ao longo da intervenção.</p> |
| 4.1.4. | “(…) mas eu acho que não é por acaso que é nesses determinados momentos (...) [A reunião com os miúdos] tem um objectivo (...) não fazes só porque... ” E2 | <p>Actividades terapêuticas:</p> <p>Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica; não são realizadas “por acaso”.</p> |
| 4.1.4. | “(…) [A reunião com os miúdos] Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado como a E4 está a dizer. É mais espontâneo. ” E3 | <p>Actividades terapêuticas:</p> <p>Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica.</p> <p>As intervenções não estruturadas, são mais espontâneas.</p> |
| 4.1.4. | “(…) O objectivo [da intervenção] pode não ser claro mas está lá. ” E2 | <p>Actividades terapêuticas:</p> <p>Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica.</p> <p>A intencionalidade pode não ser clara “mas está lá”.</p> |
| 4.1.4. | “(…) aquilo que nós fazemos com os miúdos do Parque (...), aquela hora e meia que estamos com eles na sessão, tem um início, tem um desenvolvimento e tem um momento de conclusão... mas tem um seguimento sempre de semana para semana (...) é difícil , se calhar, conseguir criar | <p>Actividades terapêuticas:</p> <p>Principais diferenças entre UIPIA vs Ambu-</p> |

| | | |
|------------------|--|---|
| 4.1.4. | <p>este contexto, com estes objectivos [sessões semanais com início, desenvolvimento e um momento de conclusão] no internamento, até porque [nomeadamente devido à] a entrada e a saída de miúdos (...). Para (...) organizarmos os dias e as semanas de acordo com as oficinas terapêuticas, isto tudo tem que ser muito bem pensado (...) Mas a mim faz-me sentido que isto [estruturar os dias e semanas segundo oficinas terapêuticas] possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso, com esses contornos, para aqui" E4</p> | <p>latório: → Acompanhamento das crianças/adolescentes: - Rotatividade das crianças/adolescentes que constituem o grupo terapêutico – dificulta a estruturação, diária/semanal, das actividades terapêuticas (embora pareça fazer sentido a sua implementação).</p> |
| | <p>"(...) Eu admito que o meu olhar também seja muito contaminado pela minha experiência de ambulatório (...)" E8</p> | <p>Actividades terapêuticas: Principais diferenças entre UIPIA vs Ambulatório.</p> |
| 4.1.3. | <p>"(...) Para mim não é claro, e acho que não é claro para todos, qual é que é o objectivo da nossa intervenção neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (...)" E8</p> | <p>Dificuldade na definição dos objectivos/ resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem.</p> |
| 4.1.3. 4.1.4. | <p>"(...) A gente [a equipa de enfermagem] sabe o que é que tem que fazer [não sabe é como fazer], [apesar de o enfermeiro saber o que fazer] não sabe é como [fazer]..." E6 (E2 e E8 parecem não concordar)</p> | <p>Parece conhecer-se os resultados de enfermagem esperados mas não as intervenções de enfermagem a desenvolver para se chegar a esses resultados.</p> |
| 4.5. | <p>"(...) a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta? Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás" E8</p> | <p>Em que é que assentam as intervenções de enfermagem?</p> |
| 4.1.4. | <p>"(...) Entre aquilo que nós estamos a fazer e aquilo que nós queremos fazer, efectivamente, é um caminho que nós temos que percorrer (...) um caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia-a-dia aqui (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais rotinada, (...) menos flexível, de todo (...) num espaço em concreto em que se defina que se vai fazer</p> | <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: Estruturação das intervenções de enfermagem Estruturação das intervenções de enferma-</p> |

| | | |
|--------|---|---|
| | isto, pode-se fazer muitas coisas a partir disto” E8 (E2 concorda) | gem não tornam o dia-a-dia mais rígido/menos flexível ou mais rotinado; |
| 4.4.1. | “Eu concordo plenamente com o que estás a dizer e acho que faz todo o sentido mas discordo de outro ponto. Eu acho que para nós podermos (...) dar esta continuidade [à intervenção de enfermagem] (...) é importante o enfermeiro de referência. E acho que o enfermeiro de referência pode fazer muito mais do que faz agora (...)” E2 | Reforça a importância da Estruturação das intervenções de enfermagem. Desejo de mudança: Ambição face ao local de trabalho: importância do Enfermeiro de Referência ter um papel mais activo. |
| 4.4.2. | “Mas porque é que tem que ser o enfermeiro de referência e não pode ser então aquilo que ele disse, o ambiente de referência?” E4 | Ambiente de referência vs Enfermeiro de Referência |
| 4.4.1. | “Porque eu acho que há aspectos que têm a ver com a relação (...) eu acho que é importante haver a relação que se estabelece com uma pessoa... que realmente dá uma oportunidade durante aquele período que o miúdo está cá (...) acho que esse trabalho que é desenvolvido, é diferente... e acho que se complementam as duas coisas [enfermeiro de referência e ambiente de referência]” E2 | Enfermeiro de Referência assenta numa relação enfermeiro (de referência) -cliente diferente da estabelecida com os restantes enfermeiros. Ambiente de referência pode complementar intervenção do Enfermeiro de Referência |
| 4.4.1. | “Eu tinha essa opinião [concordava com método de], neste momento não tenho (...) porque acho que é difícil objectivar isso [método de trabalho por enfermeiro de referência] (...) para a criança em si, [e] para o | Privilegia o Ambiente de referência em detrimento do Enfermeiro de Referência: |
| 4.4.2. | adolescente em si... [Relativamente ao ambiente de referência] parece-me que é mais positivo [para a criança/adolescente] ter a possibilidade de turno após turno, dia após dia, ter uma pessoa a quem possa trabalhar as questões dele naquele dia ou durante este percurso | dando a possibilidade do cliente interagir com outros profissionais (aqueles que se encontram no turno) |
| 4.1.3. | em que cá está... porque o meu objectivo aqui (...) durante o internamento, é despertar aquela criança para a problemática dele, [Para | Objectivos da intervenção de enfermagem: |
| 4.1.4. | despertar a criança para a sua problemática devemos] confrontá-lo com isso [com a sua problemática] e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui, ter que ser continuado, eu não tenho | - favorecer o insight sobre a sua situação - |
| 4.4.2. | Claro que isto [a concretização dos objectivos definidos para a criança] decorre da relação dele próprio, decorre da relação com a família, decorre da relação com os pares (...) tudo isto pode ser abordado, | “despertar a criança para a problemática dele”; |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| | <p>mas com este objectivo maior, que é, neste momento estás aqui, tens este (...) e este conjunto de sintomas e parece-me importante que possas continuar a desenvolver uma relação desta natureza lá fora (...)" E8</p> | <p>- reforçar a possibilidade de existência e a importância da necessidade da continuidade do trabalho psicoterapêutico desenvolvido na UIPIA após a alta; Estes objectivos decorrem da "relação dele próprio, (...) com a família, (...) com os pares".</p> |
| <p>4.4.1. 4.3.3. 4.2.</p> | <p>"Eu acho que não podemos querer que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente... eu acho que eles próprios [crianças/adolescentes] escolhem [o enfermeiro de referência] (...) eu acho que pode ser muito invasivo e muito intrusivo. Eu acho que estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança/adolescente] vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspectos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (...) não posso, quer dizer, hoje sou eu porque estou cá, amanhã és tu (...)" E2</p> | <p>Enfermeiro de Referência: Criança/adolescente "escolhe" o seu enfermeiro de referência, o que possibilita o estabelecimento de uma relação de continuidade com a criança/adolescente/ família/comunidade. Ambiente de referência implica "que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente (...) pode ser muito invasivo e (...) intrusivo".</p> |
| <p>4.4.1. 4.3.1.</p> | <p>"(...) [Durante a relação terapêutica enfermeiro-criança/adolescente] eu acho é que tem que haver aqui um fio condutor, se não as coisas vão ficando perdidas... porque (...) eu tenho uma forma de actuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes..." E2</p> | <p>Enfermeiro de Referência como "fio condutor" - continuidade da intervenção pelo mesmo técnico.</p> |
| <p>4.4.2.</p> | <p>"É, absolutamente, isso que está errado, é, absolutamente, isso que eu estou a querer dizer. Talvez seja utópico naquilo que eu estou a afirmar, mas acho que qualquer um de nós tem maturidade profissional suficiente (...) para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, que alinhe em continuidade com o que o outro deixa feito... independentemente de eu estabelecer uma relação diferente, ou de forma diferente do que E3 (...)" E8</p> | <p>Ambiente de referência Continuidade da intervenção pela equipa – capacidade para dar continuidade à intervenção sem perder os objectivos propostos, independentemente das diferenças de intervenção subjacentes.</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | | tes a cada um. |
| 4.3.1. 4.3.3. | <p>“O teu objectivo [do enfermeiro] pode ser o mesmo, mas a forma como tu o fazes é diferente... e se calhar, para este jovem, [a forma de intervir] a da E3 pode ser mais ajustável do que a tua, e para o outro, a tua pode ser mais ajustável do que a da E3” E2</p> | <p>Enfermeiro de Referência - apesar do mesmo objectivo, um determinado enfermeiro tem postura/ características que se podem ajustar mais a uma determinada criança.</p> |
| 4.3.1. 4.7.1. | <p>“Mas a diversidade nunca vai sair da nossa intervenção... por muito que se tente objectivar, eu acho que há de haver sempre essa diversidade. A mim faz-me cada vez mais sentido, também, essa ideia do ambiente, por si, ser um ambiente terapêutico... até porque muitas vezes eu sinto que a figura do enfermeiro de referência não é eficaz (...) já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (...)” E3</p> | <p>Ambiente de referência:</p> <p>Embora seja impossível eliminar a diversidade da intervenção</p> <p>Enfermeiro de Referência – aspectos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nem sempre é eficaz; – por vezes a informação transmitida pelo colega não está em conformidade com a situação vivenciada pelo enfermeiro de referência. |
| 4.7.1. 4.4.2. | <p>“(...) [Perante o risco da informação transmitida, sobre o ocorrido durante a relação terapêutica, ser deturpada pelos colegas] e nem sei bem o que é que agora eu devo passar de informação (...) e o que eu sinto (...) como enfermeira de referência, é que as minhas intervenções têm de ser quase como se acabadas naquele turno, isto é... há de haver continuidade... Mas esta dimensão de um ambiente por si e de um turno ser um momento e no próximo turno ser outro momento (...) a mim faz-me cada vez mais sentido (...)” E3</p> | <p>Enfermeiro de Referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - por vezes a informação transmitida pelo colega não está em conformidade com a situação vivenciada pelo enfermeiro de referência - intervenções limitadas ao turno e ao momento vivido com o jovem. <p>Ambiente de referência</p> <ul style="list-style-type: none"> – importante. |
| 4.4.1. | <p>“(...) Levantam-se muitas questões na intervenção com os miúdos como enfermeira de referência (...) a minha intervenção com enfermeira de referência é cada vez mais uma intervenção de relação (...) naque-</p> | <p>Enfermeiro de Referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervenção de rela- |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | le turno vamos trabalhar aquelas questões (...)” E3 | ção; - limita-se àquele turno específico. |
| 4.4.2. | “(…) faz-me também cada vez mais sentido esta ideia do ambiente por si ser um ambiente (...) terapêutico, ser um ambiente capaz de experiências diferentes, reparadoras (...)” E3 | Ambiente de referência: Ambiente terapêutico, capaz de favorecer experiências “diferentes, reparadoras”. |
| 4.4.1. 4.4.2. | “(…) o terapeuta de referência, num contexto de internamento de agudos, não será a melhor metodologia para funcionar e isto porque [o método por enfermeiro de referência não parece ser a melhor opção num contexto de internamento de agudos e isso] tem a ver até com o que é que motivou o internamento (...) e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (...) à noite... criar um ambiente mais tranquilo (...) mas isto tanto faz o Joaquim, o Manuel como a Maria (...) Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (...) que todos o consigam fazer (...)” E6 | Ambiente de referência: Em que todos intervenimos de forma diferente mas todos sabemos intervir para ir de encontro ao objectivo. |
| 4.4.2. | “(…) Não somos [enfermeiros] insubstituíveis (...) sem dúvida nenhuma” E3 | Ambiente de referência vs. Enfermeiro de Referência - o enfermeiro não é insubstituível. |
| 2.1. 4.4.2. 4.1.3. 4.4.2. | “(…) Se eu estou em contexto psicoterapêutico, eu estou com aquele terapeuta (...) e estou com aquele sempre (...), mas aqui isso é impossível (...). Eu só sou internado (...) porque este acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (E3 parece concordar). A relação individual não permitiu compensar e eu preciso (...) tirar a pessoa de um contexto familiar onde ela está, e social, e colocá-la num outro contexto (...) que seja suficientemente contendor e protector e securizante. E (...) todos nós temos que saber fazer isso (...). Todos nós como equipa. (...) E o objectivo do internamento tem que ser esse. Eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo consiga estar ao pé dos outros, consiga desenvolver actividades com os outros, que consiga tranquilizar-se à noite, que consiga identificar em si estados emocionais que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros. E é esperado que o ambiente em si, que o meio, que as pessoas, consigam todas fazer isto [conseguir que o miúdo desenvolva um maior insight que possibilite uma mudança no seu comportamento e na relação com os outros] (...)” E6 | Enfermeiro de Referência: possível em ambulatório. Quando o contexto em ambulatório (relação dual) não é capaz de resolver o problema do cliente, então será necessário o internamento, que deverá oferecer, por sua vez, um outro tipo de relação (proporcionada com um ambiente de referência). Ambiente de referência: Em que todos intervenimos de forma diferente mas todos sabemos |

| | | |
|--------|--|--|
| | | <p>intervir para ir de encontro ao objectivo.</p> <p>Objectivos da intervenção de enfermagem (Ambiente de referência):</p> <ul style="list-style-type: none"> – promoção da socialização; – promoção do sono; – favorecer o insight sobre a sua situação. |
| 4.4.1. | <p>“(…) temos que ser pragmáticos. Todos nós trabalhamos 35 ou 40 horas por semana e todos nós nos ausentamos 2, 3, 4 e 5 dias e se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre... eu [enfermeiro] estou 4 dias sem o ver, então como é que eu faço isso? É ilusório dizer: «Agora fica o Joaquim ou a Maria a substituir-me». Então... isso já acabou, não é? Eu também penso que neste momento se justifica pensar em como criar este meio [ambiente de referência]. A questão é: que actividades colocar neste meio, que modalidades terapêuticas colocar neste meio, que mediadores podem ajudar a fazer isto? E dentro desses mediadores, que compreensão e que modalidades é que me ajudam a compreender melhor essa intervenção” E6</p> | <p>Ambiente de referência vs. Enfermeiro de Referência</p> <p>O enfermeiro não é insubstituível;</p> <p>Enfermeiro de Referência não consegue estar sempre presente nos momentos de crise.</p> <p>No período de ausência do enfermeiro de referência a continuidade de cuidados deve ser garantida por meio de actividades terapêuticas.</p> |
| 4.4.2. | <p>“Eu acho que independentemente de sermos [enfermeiros] diferentes (...) os objectivos eu acho que são os mesmos” E8</p> | <p>Ambiente de referência:</p> <p>Em que todos intervi-mos de forma diferente mas todos sabemos intervir para ir de encontro ao objectivo.</p> <p>Os enfermeiros podem ter características diferentes mas definem os mesmos objectivos para a intervenção.</p> |

Questão n.º2-2:

“E quais é que são os nossos objectivos?” M1

| | | |
|--------|--|---|
| 4.1.3. | “(…) os objectivos em concreto, no contexto de uma relação enfermeiro terapeuta ou enfermeiro de referência e criança, neste contexto (...) de internamento de agudos eu acho que passam muito por (...) suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes e, para mim em especial, o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações” E8 | <p>Objectivos da intervenção de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorecer o <i>insight</i> sobre a sua situação; - identificar o seu potencial de desenvolvimento, tendo em conta também as suas limitações. |
| 4.1.3. | “(…) como é que se faz isso? (...) Como é que eu ajudo a criança a conhecer melhor as suas dificuldades, a tomar consciência delas e a desenvolver as suas potencialidades?” E6 | Quais as intervenções de enfermagem a desenvolver para atingir os objectivos definidos? |
| 4.4.2. | “(…) [Os objectivos definidos para a criança/adolescente, durante o internamento, podem ser concretizados] Pode ser feito seja em contexto de relação individual e não precisa de ser feito sempre pela mesma pessoa ou com a mesma pessoa, com um objectivo muito concreto (...) e pode ser feito, também, quando a criança se confronta com os pares aqui neste grupo e isto pode ser feito no contexto das actividades (...) parece-me relativamente fácil favorecer isso (...) por | Quais as intervenções de enfermagem a desenvolver para atingir os objectivos definidos? |
| 4.4.1. | outro lado, eu acho que também é um bocadinho perverso da nossa parte estarmos aqui a favorecer uma cultura de acompanhamento individual quando depois o miúdo vai-se embora e (...) não vamos ser nós a acompanhar” E8 | <ul style="list-style-type: none"> – RT – pode ser por vários enfermeiros; – Relação com os pares – pode ser em actividades terapêuticas; <p>Enfermeiro de Referência - aspectos negativos:</p> <p>“Cultura de acompanhamento individual” que depois não será mantida, após a alta.</p> |
| 4.4.2. | “Eu acho que pode ser importante estabelecer algumas relações... Eu acho que isso vai entrar como métodos de trabalho (...) e isto não é dizer então agora vamos trabalhar à tarefa, não é isso (...). É fundamental (...) haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição ou com o terapeuta dessa instituição, ou com aquela família, ou com alguém da escola (...). Consegue-se discutir e planear melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais e para isso temos que estar cá de manhã, e quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvol- | <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</p> <p>Ambiente de referência:</p> <p>Em que se destaque um enfermeiro, durante os turnos da manhã, para estabelecer uma relação privi-</p> |
| 4.1.3. | | |

| | | |
|--------|---|--|
| | <p>ver estas articulações com as instituições (...) mas eu acho que isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica, porque a própria equipa também já sabe que A, B, C ou D que estão mais de manhã (...). É engraçado porque os espanhóis chamam... o enfermeiro de ligação é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...). Há um enfermeiro que só faz isto... trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a recepção (...). O facto de trabalharmos, não como terapeuta de referência ou enfermeiro de referência, mas como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (...) possam estabelecer relações privilegiadas" E6"</p> | <p>legiada com a instituição, a família, a escola, entre outros – que favoreça a discussão e planeamento da intervenção terapêutica durante o internamento.</p> <p>Não inviabiliza que determinados elementos da equipa possam estabelecer relações privilegiadas.</p> <p>Em Espanha - Enfermeiro de ligação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trabalha as altas hospitalares, o acolhimento, a recepção. |
| 4.4.1. | <p>"E depende dos miúdos... há miúdos que precisam muito que... o trabalho aqui no internamento passa muito pela [da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (...)" E3</p> | <p>Enfermeiro de Referência</p> <p>Deverá ser mobilizado sempre que o jovem demonstre beneficiar mais com uma relação dual.</p> |

Questão n.º2-3:

"Queria só aqui voltar a um aspecto que o E8 mencionou... Nesta questão de promovermos estas interações individuais para a criança ou adolescente também conhecerem melhor a sua patologia, para promover o restabelecimento da sua saúde. Há mais alguma estratégia que nós possamos utilizar nesse sentido, ou seja, no sentido de eu conhecer mais o que é que se está a passar com ele [cliente] para atingir um nível de saúde (...) melhorado?" M1

| | | |
|--------|---|--|
| 4.4.2. | <p>"Mas pensando nesta [esta] dimensão do ambiente terapêutico, de um ambiente contentor, de um ambiente do holding (...) às vezes [a intervenção de enfermagem] não passa tanto por os miúdos mentalizarem [passa muito pela vivência de experiências] (...), porque alguns miúdos nem sequer estão a esse nível de desenvolvimento [de mentalização sobre a sua condição de saúde] (...) passa muito pela vivência de experiências (...) [permite] poderem viver determinadas coisas que eram muito difíceis de viver lá fora. Mais às vezes numa perspectiva</p> | <p>Ambiente de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contentor, do <i>holding</i> - capaz de favorecer experiências "diferentes, reparadoras" – "numa pers- |
| 4.1.4. | | |
| 1.1. | | |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| | vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento. Naturalmente que as duas se influenciam e caminham (...). Passa (...) pela possibilidade de viverem (...) este conceito de uma experiência reparadora... eu acho que isto existe no internamento (...)" E3 | pectiva vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento". |
| 4.1.4. | "(...) o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivências de experiências reparadoras], favorece isso mais até (...) do que as intervenções individuais. Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos (...)" E8 | Intervenções terapêuticas de grupo – "Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos" |
| 4.1.4. | "Eu acho que as intervenções individuais, a mim, ajudam-me muito a conhecer o miúdo, também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (...)" E3 | Relação terapêutica individual: Favorece o conhecimento aprofundado de como a criança "vê o mundo". |
| 4.3.4. 4.1.5. 4.3.2. | "O que tu vives no quarto de colchões com os miúdos, numa relação individual é muito intenso (...) [o que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual é] e muito reparador. Tu ali [numa relação individual, no "quarto dos colchões"] disponibilizas-te realmente (...)" E6 | Relação terapêutica individual: Exige uma disponibilidade efectiva do enfermeiro. |
| 4.1.5. | "(...) e [o que se vive no "quarto dos colchões", numa relação individual] é muito revelador (...)" E3 | Relação terapêutica individual: Revelador de como a criança "vê o mundo". |
| 4.1.4. | "Temos experiências de miúdos que acederam à sua própria problemática através de... nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (...)" E8 | Relação terapêutica em grupo: As actividades terapêuticas em grupo, através do uso de mediadores – favorecem o <i>insight</i> sobre a sua situação |
| 4.1.4. 4.4.1. 4.1.4. | "Sim, e uma coisa não invalida a outra. Claro que (...) estarmos com o miúdo e podermos conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão formais às vezes. Eu acho que às vezes o enfermeiro de referência remete para alguma formalidade na relação (...). Claro que no contexto do quarto dos colchões há muito pouco de formalidade (...) há formalidade? (E6 e E8 parecem discordar) Eu acho que há mais criatividade (...) eu vejo o quarto dos colchões como um momento de (...)" | Relação terapêutica em grupo não invalida a Relação terapêutica individual: As intervenções terapêuticas verbais não inviabilizam as intervenções terapêuticas não verbais. |

| | | |
|--------|--|--|
| | aceder a outro espaço (...) que é este espaço transicional em que estamos noutra...” E3 | Enfermeiro de Referência: Remete para uma maior formalidade na relação estabelecida – o que pode ser mais limitador para a criança/adolescente se expressar (?) |
| 4.3.2. | “Mas a [no “quarto dos colchões” há] formalidade no sentido de haverem regras e limites bem definidos (...) é um caos controlado” E6 | Quarto de confinamento – espaço de criatividade/ “caos controlado” |

Questão n.º3:

“Perante o actual modelo de elaboração dos nossos registos, da nossa documentação (...) consideram esse modelo adequado para o planeamento de cuidados? Achem que conseguimos promover o planeamento de cuidados de uma criança ou de um adolescente ao escrever tudo o que nós... realizamos. Estou a referir-me aos registos de enfermagem, se acham pertinentes para o planeamento dos cuidados?” M1

| | | |
|--------|--|--|
| | “Essa é uma questão muito difícil de responder” E8 | Registos de enfermagem Dificuldade em abordar esta problemática. |
| 4.7.2. | “(...) nos dias mais inspirados, vá... eu [nos registos de enfermagem] faço uma tentativa de (...) nem é de relatar... é de pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem muito, muito pouco daquilo que nós (...). É um momento (...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai muito nesta coisa do «comportamento adequado» e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chavões...” E3 | Registos de enfermagem - Relato da relação vivida com o cliente; - “registos dizem muito, muito pouco”; - “momento de esforço” de registo de dados que tenham validade; - “temos chavões”. |
| 4.7.2. | “(...) eu acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade” E4 (E3 consente) | Registos de enfermagem Não permitem dar visibilidade à intervenção de enfermagem. |

| | | |
|--------|---|---|
| 4.7.2. | <p>“Eu acho que é uma das nossas maiores limitações, lacunas... da nossa intervenção é mesmo o registo, a evidência daquilo que fazemos, muitas vezes estamos tão cansados, no final de um turno, estamos mesmo muito pouco disponíveis para reflectir no papel” E8</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <p>Não permitem dar visibilidade à intervenção de enfermagem - maior lacuna.</p> <p>Maior cansaço – menor disponibilidade para o registo.</p> |
| 4.7.2. | <p>“E nem sei se é só cansados... ainda estamos a viver (...) [durante a elaboração dos registos de enfermagem] ainda me sinto a viver muita coisa... daquilo que tive, que foi a relação com os miúdos, portanto (...) e às vezes é impossível (...) ainda não foi possível viver, «arrumar» aquilo que eu vivi com aqueles miúdos (...) portanto, estou longe de poder passar isso para o papel (...) eu tento fazer ali (...) acaba por ser uma coisa muito artificial (...)” E3</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <p>Enfermeiro tem dificuldade em dissociar o vivido daquilo que deverá descrever - dificuldade na documentação.</p> |
| 4.7.2. | <p>“[Durante a elaboração dos registos de enfermagem] Ainda estamos a «arrumar» coisas... [daquilo que se viveu na relação com o miúdo]” E8</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <p>Enfermeiro tem dificuldade em dissociar o vivido daquilo que deverá descrever - dificuldade na documentação.</p> |
| 4.7.2. | <p>“(...) [Os registos de enfermagem] é mais como é que o miúdo esteve, como é que não esteve e depois posso ser mais aprofundado se tive algum momento com ele ou com a família, mesmo assim nunca chega àquilo que vivi, não consigo traduzir... essa é uma frustração até (...) não conseguir traduzir o que vivi o que foi construído no momento individual, no momento em grupo, com determinada criança, no papel” E8</p> | <p>Registos de enfermagem – conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorizar a acção do cliente; - o registo torna-se mais aprofundado se ocorrer uma interacção com o cliente; - Dificuldade no relato da relação vivida com o cliente – frustração do enfermeiro. |

Questão n.º3-1:

“E é importante nós transmitirmos o que é que vivemos, para a transmissão da informação?”
M1

| | | |
|------------------|--|--|
| 4.7.2. | “Não sei se é importante [transmitir o que se vive na relação com o miúdo]... eu acho que nós não perdemos nada em objectivar o registo (...) em torná-lo (...) mais concreto... (...). Para o planeamento dos cuidados (...) [os registos de enfermagem] serem mais objectivos é um ganho grande” E8 (E3 parece concordar) | Registos de enfermagem Vantagem – objectivar o registo, “torná-lo mais concreto”- favorece o planeamento de cuidados. |
| 4.7.1. | “(...) a verdade é que as [nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...) temos muita necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo, ainda que num registo escrito isso não apareça, mas na transmissão oral (...)” E3 | Passagens de turno Espaço para se abordar o vivido na relação/ intervenção com o jovem |
| 4.7.1. | “Isso [Transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] é uma necessidade nossa ou da criança?” E6 | O relato da relação vivida com o cliente – necessidade para o cliente ou para o enfermeiro? |
| 4.7.1. | “Pois, não sei (...) [a necessidade de se transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] É da relação...” E3 | O relato da relação vivida com o cliente – da relação? |
| 4.7.1. 4.7.2. | “(...) eu tento sempre, quando estou a passar o turno, é transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança e eu acho que os registos podem ser feitos neste sentido [de transmitir coisas que possam ser úteis ao colega do turno seguinte para que possa continuar o trabalho com a criança]. Como fazê-lo? Não sei (...)?” E8 | Passagens de turno - transmissão de dados importantes para o planeamento dos cuidados do turno seguinte. Passagens de turno = Registos de enfermagem – Transmissão de dados. |

Questão n.º2-2:

“Se notam estas dificuldades em escrever aquilo que aconteceu, em talvez aceder àquilo que aconteceu, pelo que é que poderiam passar as diferenças, se poderiam ser previstas algumas diferenças?” M2

| | | |
|--------|---|--|
| 4.7.2. | “(…) Sermos mais capazes de registar também decorre de sermos mais capazes de pensar e de estruturar o nosso dia-a-dia (…) se a intervenção estiver mais estruturada e for mais previsível o que fazer neste ou naquele momento talvez sejamos mais capazes de depois traduzir o que aconteceu naquele turno” E8 | Registos de enfermagem Soluções: - maior capacidade de reflectir sobre a prática – maior conceptualização. - Melhor estruturação/ planeamento das intervenções. |
| 4.7.2. | “Ou o contrário... se eu souber o que é que vou registar, já sei o que é que hei-de fazer...” E6 | Registos de enfermagem Soluções: - maior conhecimento do que registar (facilita um melhor conhecimento da intervenção). |
| 4.7.2. | “Mas registar é em função de alguma coisa que aconteceu (…)” E8 | Registos de enfermagem Devem ser elaborados em função de um acontecimento. |
| 4.7.2. | “Depois há coisas que decorrem da relação e da intervenção que não sei se é para notas de evolução, se é para uma outra coisa, não sei...” E8 | Registos de enfermagem Todos os dados do vivido na relação com o cliente são necessários registar nos diários de enfermagem? |
| 4.7.2. | “...haver sempre a possibilidade de se criar um espaço aberto onde se escreva qualquer coisa que não seja possível ficar registada ” E6 | Registos de enfermagem - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado. |
| 4.7.2. | “[Haver a possibilidade de criar um espaço aberto onde seja possível | Registos de enfer- |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | registar a informação] Que não seja importante, não é?" E8 | <p>magem</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – dados menos relevantes? |
| 4.7.2. | “Ou [Haver a possibilidade de criar um espaço aberto onde seja possível registar a informação] que seja importante mas não seja planeada...” E6 | <p>Registos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – dados menos relevantes vs dados não planeados. |
| 4.1.3. 4.7.2. | “Mas isso implica também haver (...) projectos terapêuticos definidos, à partida, para os miúdos, porque aí há uma linha de pensamento. Para aquele miúdo é espectável que se atinjam determinados resultados (...) para prevermos um determinado caminho e para sabermos aquilo que registamos ou não, eu acho que isso passa por definirmos projectos [terapêuticos] (...) planeados” E3 | <p>Registos de enfermagem</p> <p>Decorrentes e influenciados pelo projecto terapêutico de cada jovem.</p> |
| 1.1. 4.7.2. 1.1. 4.7.2. | <p>“Mas há coisas que os miúdos têm todos (...) e é aí que nós vamos trabalhar (...). A singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive, portanto, esta compreensão mais do fenómeno, mais fenomenológica daquele caso em particular... a questão é... vamos em todos os casos descrever o que disse? E é isso que nos permite intervir “terapeuticamente” de uma forma diferente [?] ou todos os miúdos têm família, todos os miúdos andam na escola (...) todos os miúdos dormem e não dormem (...) isto é... todos os miúdos têm um conjunto de dificuldades e de potencialidades e têm um contexto social e familiar que consideramos que é a base para conseguirem desenvolver-se (...) a questão é... registamos isto e criamos um espaço para depois podermos escrever um poema? Uma singularidade, uma individualidade (...)” E6</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos a registar que são comuns entre as várias crianças internadas (ex. “dormem” ou “não dormem”); não favorece a singularidade/individualidade dos registos. - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – favorece a sin- |

| | | |
|------------------------|--|--|
| | | gularidade/individualidade dos registos. |
| 4.2. 1.1. 4.7.2. | “(…) Isso [conhecer a singularidade e individualidade do miúdo] a mim é o que me permite estabelecer relação com o miúdo (...) é perceber que há particularidades diferentes nele [miúdo] (...). A mim faz-me sentido que essa «particularidade» [singularidade/individualidade do miúdo] não deixe de existir no registo (...) o miúdo tem de «aparecer» [no registo]” E3 | Registos de enfermagem - deverão reflectir as particularidades/ singularidades/ individualidades da criança/adolescente – o que “permite estabelecer relação” com a mesma. |
| 4.7.2. | “[O registo deve contemplar] Um espaço em que possa ser possível descrever mais de forma narrativa o que aconteceu... mas acho que, mesmo em momentos individuais em que tu aprofundas uma intervenção tu podes simplesmente registar que abordas-te esta ou esta área e que isto deu este ou este resultado, isto pode ser objectivo” E8 | Registos de enfermagem - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – aprofunda uma intervenção. Registar área(s) abordada(s) e resultado(s). |
| 4.7.2. | “E às vezes eu tenho dúvidas de pôr lá [no registo de enfermagem] a minha subjectividade (...) porque a minha subjectividade não é igual à tua subjectividade e depois... atrapalham-se às vezes (...)” E3 | Registos de enfermagem - Importância de serem mais objectivos de modo a superar a subjectividade inerente a cada profissional. |

Questão n.º2-3:

“E será que isso [a subjectividade] se consegue ultrapassar? (...)” M2

| | | |
|--------|--|--|
| 4.7.2. | “(…) sinto que, às vezes, o eu registar determinada coisa pode ser profundamente intrusivo para aquele miúdo. Porque se alguém pegar, à letra, naquilo que está escrito e devolver ao miúdo na relação isto pode ser (...) de uma agressividade enorme... porque aquilo teve | Registos de enfermagem - Ponderação quanto ao que deve ser |
|--------|--|--|

| | | |
|------|--|---|
| | um contexto da relação...” E3 | exposto no registo daquilo que foi vivido na relação, por possibilidade de constituir um impasse para a mesma num momento futuro, com outro profissional. |
| 4.2. | “Mas [Duranta a relação com a criança/adolescente] é esperado que um terapeuta saiba utilizar essa informação [constante do registo de enfermagem] (...)” E6 | <p>Registos de enfermagem</p> <p>- Ponderação quanto ao que deve ser exposto no registo daquilo que foi vivido na relação, por possibilidade de constituir um impasse para a mesma num momento futuro, com outro profissional; embora seja esperado que o profissional saiba utilizar essa informação.</p> |

Questão n.º2-4:

“Mas é usada de uma forma diferente das tuas expectativas, não é?” M1

| | | |
|--------|--|---|
| | (E3 parece concordar) | |
| 4.3.3. | “E isso cria sempre uma outra problemática que é, este rapaz com A, B, C ou D [enfermeiros] tem sempre uma relação especial (...) o que isto não inviabiliza que A se dê melhor com o enfermeiro X e que B se dê melhor com o enfermeiro Y (...) ” E6 | <p>Relação Terapêutica</p> <p>- Quanto menor a transmissão de informação sobre o vivido na relação com o cliente, maior a probabilidade a criança/adolescente-enfermeiro em causa, estabelecerem uma relação “especial”.</p> |
| 4.3.3. | “Isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte!” E3 (E6 e E8 parecem concordar) | <p>Relações Pessoais</p> <p>- Criança/adolescente têm preferências nas</p> |

| | | |
|--------|--|--|
| | | relações que estabelecem – Mas “isso é da vida, é da relação, isso faz parte!”. |
| 4.7.1. | <p>“(…) o miúdo preferir o enfermeiro tal e partilhar com ele alguma informação, e que depois fica ali, que não é devolvido à equipa... o miúdo não ganha nada com isso... Nem o miúdo, nem nós! (...) porque é esperado que o miúdo perceba, também, que aquilo que partilha (...) com alguém, partilha na equipa...” E6</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <p>- Quanto menor a transmissão de informação sobre o vivido na relação com o cliente, maior a probabilidade de não existirem ganhos em saúde para o jovem, pois influencia a continuidade de cuidados pela equipa.</p> |
| 4.7.1. | <p>“(…) eu acho que isso [da informação que o miúdo partilha com o enfermeiro poder ser partilhada depois à equipa] tem a ver com isto de podermos, eventualmente, uniformizar, (...) evoluir um pouco na forma como todos vemos os cuidados. Todos! Evoluir no sentido de grupo (...) e se calhar, aí, é mais tranquilo... essa partilha...” E3</p> | <p>Registos de enfermagem</p> <p>- deverão evoluir no sentido da forma como todos vemos os cuidados (uniformização da linguagem/prática clínica).</p> |
| 4.3.3. | <p>“Para mim é extremamente difícil estar num grupo com 7/8 miúdos, eles conhecem-me (...) não estou sozinha, estou com outras pessoas (...) cá (...) às vezes tenho negação (...), sinto isso na pele (...). Porque dizem: «Ah, não ‘tá cá a Enfermeira X?» ou então dirigem-se para mim: “Ah, eu não gosto daquela enfermeira (...)” E7</p> | <p>Ambiente terapêutico:</p> <p>Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente.</p> |
| | <p>“A questão é (...) tu sentes-te rejeitada, ok?” E6</p> | <p>Ambiente terapêutico:</p> <p>Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente.</p> |
| 4.3.5. | <p>“Pois, [Na relação com os miúdos] sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (...)” E7</p> | <p>Ambiente terapêutico:</p> <p>Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente - estra-</p> |

| | | |
|------------------|--|---|
| | | tégias para “lidar com”. |
| 4.3.3. 4.3.1. | <p>“(…) A questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...) Porque (...) há enfermeiros que são mais normativos que outros há enfermeiros que chegam, abraçam, dão beijinhos (...) há enfermeiros que as regras vão sendo mais flexíveis, há outros que não, que são muito estruturados (...). Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam [de determinadas características dos enfermeiros]... que isso é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho?” E6</p> | <p>Relação: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal.</p> <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção.</p> |
| 4.3.2. 4.1.1. | <p>“A autoridade ou a imposição de limites é aprendida por cada um, de forma individual (...) a pessoa que está na relação ou a trabalhar numa determinada equipa também tem que saber o papel que vai assumir (...). A relação começa logo por o contacto inicial (...)” E7</p> | <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção.</p> <p>Contacto inicial: fundamental para a relação.</p> |

Questão n.º2-5:

“Para isso que estás a dizer o que achas que possa ser feito de diferente?” M1

| | | |
|--------|--|--|
| 4.3.1. | <p>“Não sei... [Para minimizar o sentimento de rejeição que vive na relação com a criança/adolescente, a enfermeira sugere como mudança] talvez haver aqui uma maior homogeneidade na linguagem, percebes? (...)” E7</p> | <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção - necessidade de uma maior homogeneidade na linguagem para ultrapassar essa situação.</p> |
| 4.3.3. | <p>“(…) Mas os miúdos lidam comigo e com a E3 ou contigo de forma diferente, não é? E agora o que é que há em nós, não é? Que nesses miúdos despoleta [esse sentimento de rejeição] isso?” P5</p> | <p>Relação: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal.</p> |

| | | |
|--------|---|---|
| | | <p>soal.</p> <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na <i>Relação como intervenção</i>.</p> |
| 4.3.3. | <p>“(…) E [o que é que há em nós que despoleta] as projecções que eles [miúdos] vão fazendo...” E4</p> | <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na <i>Relação como intervenção</i>.</p> |
| 4.3.1. | <p>“(…) E essa é a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...). Estava o E8 a falar destes [durante os] processos formativos que todos fomos fazendo e acho que isso também nos ajuda, não sei... ajuda a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (...)” E3</p> | <p>Relação: Tem implícito um <i>Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional</i> – o que tem impacto na <i>Relação como intervenção</i>.</p> |
| 4.3.1. | <p>“(…) como eu me sinto enquanto pessoa claro que vai influenciar directamente como eu me sinto enquanto profissional, mas o que está em jogo é a minha actividade profissional (...) a fronteira entre o eu pessoa e o eu profissional é que às vezes é um bocado ténue (...). Há enfermeiros que são muito mais normativos do que outros, não quer dizer que sejam piores enfermeiros ou que não consigam estabelecer uma proximidade ou transmitir segurança como os outros que se calhar é exactamente ao contrário (...)” E6</p> | <p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na <i>Relação como intervenção</i>.</p> |
| 4.3.3. | <p>“(…) e [Durante a relação é importante] ver o que é meu [do enfermeiro] e o que é do outro [do miúdo]...” E4</p> | <p>Relação: Tem implícito um <i>Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional</i> – o que tem impacto na <i>Relação como intervenção</i>.</p> |

| Dimensão I – Pessoa | | | |
|---------------------------------|---|---|----|
| Categoria | Unidades de Registo | n | UE |
| 1.1. Criança/ Adolescente | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) grande imprevisibilidade que existe no comportamento das crianças (...)” E6, p.9 • “(...) alguns miúdos nem sequer estão a esse nível de desenvolvimento [de mentalização sobre a sua condição de saúde] (...)” E3, p.31 • “(...) A singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive, portanto, esta compreensão (...) mais fenomenológica daquele caso em particular...” E6, p.37 • “(...) todos os miúdos têm família, (...) andam na escola (...) dormem e não dormem (...) têm um conjunto de dificuldades e de potencialidades e têm um contexto social e familiar que consideramos que é a base para conseguirem desenvolver-se (...)” E6, p.37 • “(...) há particularidade diferentes nele [miúdo] (...)” E3, p.38 | 2 | 5 |
| 1.2. Família/ Figura Tutelar | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) nos sítios onde eu trabalhei, não era dada tanta importância à família como fazendo parte dos cuidados (...) integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui... isso não era real (...)” E2, p.1 • “(...) [o projecto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades (...) [da] família, e tenta integrar, de uma forma mais dinâmica, todo este processo (...)” E2, p.2 • “(...) [Na admissão, muitas vezes, os pais] (...) estão no limite, estão na exaustão (...) porque (...) se sentem falhados, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo (...) estas alterações que os miúdos apresentam, que (...) se calhar, não tiveram a atitude mais correcta (...) quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos (...) porque também não sabem como (...) intervir face aos comportamentos das crianças. (...) nós percebemos esta necessidade que eles têm (...) de (...) ter ali um espaço, (...) alguém que os ouça sem ser julgado (...)” E4, p.12 | 2 | 3 |

| Dimensão II – Saúde | | | |
|---------------------------|---|---|----|
| Categoria | Unidades de Registo | n | UE |
| 2.1. Saúde/ Doença Mental | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) Alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento (...)” E6, p.9 • “(...) o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco ou... não ouve, não escuta ninguém, ninguém consegue impor limites na relação (...)” E6, p.13 • “(...) eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação (...) que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! (...). Porque o eu ter é o eu ser (...)” E6, p.14 • “(...) O factor da heterogeneidade da patologia, da faixa etária (...)” E8, p.20 • “(...) os miúdos ou estão isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (...)” E6, p.22 • “(...) só sou internado (...) porque este acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (...)” E6 (E3 parece concordar), p.28 | 3 | 6 |
| 2.2. Estigma | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) as expectativas [da criança e da família] muitas vezes estão inflamadas e (...) desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer (...)” E8, p.16 • “(...) [os] pais (...) e as crianças também chegam muito assustadas, porque trazem uma série de pré-conceitos em relação ao que é o internamento de pedopsiquiatria (...)” E4, p.11 | 2 | 2 |

| Dimensão III – Ambiente | | | |
|---------------------------|--|---|----|
| Categoria | Unidades de Registo | n | UE |
| 3.1. Ambiente de Cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) aqui o espaço (...) tem um funcionamento de uma casa (...), está acessível (...) quer aos profissionais, quer às crianças (...) lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (...) muito mais impessoal (...)” E7, p.7 • “(...) o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais aguda, (...) que requer a vigilância vinte e quatro horas por dia (...)” E7, p.8 • “(...) o facto de estar fechado [a UIPIA] (...) associam [crianças/adolescentes] (...) que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma medida protectora (...)” E7, p.8 • “(...) não sei se, aqui [UIPIA], será o melhor sítio onde eles [crianças/adolescentes] podem estar, porque trazem um historial de consumos e outras coisas que aqui dentro não podem fazer, (...) como os hábitos tabágicos (...)” E7, p.12 • “(...) [A UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] não haver uma rotina muito estruturada (...)” E8, p.16 • “(...) temos um misto entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um conjunto de rotinas que estão estruturadas, o horário das refeições, (...) a terapêutica, (...) dormir as x horas (...) [e o estabelecimento de uma relação].” E8, p.17 • “(...) estamos a falar de internamento (...) de um período de tempo que é relativamente curto, comparativamente com (...) um acolhimento em ambulatório (...) no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e não está só comigo... Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (...)” E6, p.21 | 3 | 7 |

| Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|----|
| Categoria | Subcategoria | Unidades de Registo | n | UE |
| 4.1. Processo de Enfermagem | 4.1.1. Apreciação Inicial (Admissão) | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) [Na admissão, o mais relevante] é perceber o motivo do internamento (...) e fazer o exame do estado de saúde mental (...) em termos do humor, (...) do pensamento, da alteração do pensamento, da percepção (...) avaliar o discurso... perceber se ela aceita, ou não, o internamento (...)” E4, p.11 • “(...) E, depois (...) conhecer a família. Perceber (...) [a] perspectiva dela [criança] sobre o que é que [a] traz ali e (...) [a] perspectiva dos pais, (...) em relação aos motivos do internamento e (...) ao estado de saúde mental da criança (...)” E4, p.11 • “(...) [Na admissão é relevante registar] o que é que [a criança e os pais] esperam do internamento (...)” E2, p.11 • “(...) ao apresentar o espaço (...) a equipa, (...) os outros jovens internados, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de pré-conceitos sobre a UIPIA] (...) se diluem (...) e falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (...)” E4, p.11 • “(...) há esta necessidade enorme de quando nós recebemos os pais na admissão de eles «vomitem» uma série de coisas, eles precisam de um espaço para serem ouvidos (...)” E4, p.12 • “(...) [Durante a admissão, perante a necessidade dos pais serem ouvidos, os enfermeiros consideram importante] Clarificar um pouco o que é que vai acontecer aqui (...) um pouco a filosofia dos cuidados que nós idealizamos (...)” E4, p.12 • “(...) saber como é que a pessoa [criança/adolescente] se sente, como é que está... e (...) ajustar o que ela já lá tinha fora (...) como a medicação (...)” E7, p.12 • “(...) na admissão sinto menos vontade de colher dados (...) transforma-se num acto quase burocrático (...) e | 5 | 11 |

| | | | | |
|--|---------------------------|--|---|---|
| | | <p>ainda que, muitas vezes, eu já não preencha um terço daquilo (...) que esta lá na folha (...), o que eu sinto é que (...) é um momento fundador para estabelecer relação com aquele adolescente e (...) família... eu às vezes sinto-me invadida (...) pelos dados que tenho de colher, pela obrigação de colher dados (...) porque tenho de passar a informação, porque me vou esquecer (...). Na admissão, eu gostava de me sentir bastante mais disponível (...) para a relação, para este momento (...) fundamental e fundador da relação terapêutica e acho que influencia imenso a aliança terapêutica que eu vou conseguir estabelecer com aquele jovem e (...) família. A forma como eu estou disponível para os ouvir, (...) ainda nem é para dar sentido nenhum àquilo, é só para receber (...) de uma forma disponível, não é pensar «ah, isto tem que durar não sei quanto tempo» e (...) depois vou ter que fazer uma folha imensa porque institucionalmente é aquilo que eu tenho de fazer (...)” E3, p.14</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) no acolhimento (...) sinto necessidade de estabelecer relação com aquela criança e com aquela família (...) é possível, inclusive, eu obter dados objectivos, (...) como dados concretos do quotidiano da vida daquela criança, daquela família (...), o instrumento [de colheita de dados] em si permite isso. Uma conversa normal, que é inerente a um momento inicial... no estabelecimento de qualquer relação terapêutica, é possível colher tudo (...) para mim é importante também conhecer um pouco a história, o desenvolvimento, a história do acompanhamento desta criança, (...) [da] própria família e (...) as (...) expectativas que aquela (...) criança tem (...) [e] a família a propósito do internamento (...)” E8, p.16 • “(...) é importante também centrá-las naquilo que são as expectativas reais relativamente ao internamento (...) [e] perceber (...) como é que as crianças viveram os internamentos anteriores (...) em que contexto é que teve alta... se passou a beneficiar de acompanhamento em ambulatório (...)” E8, p.16 • “(...) A relação começa logo por o contacto inicial (...)” E7, p.41 | | |
| | 4.1.2. Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) a dificuldade em percebermos os diagnósticos (...) eu acho que nem tanto, porque é possível (...) eu acho que tem que haver um trabalho (...) [de] investigação (...) [de] ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha (...)” E3, p.10 • “(...) [Noutros serviços] eu acho que é muito mais claro (...) a definição de um diagnóstico (...)” E3, p.10 | 3 | 5 |

| | | | | |
|--|--|--|---|----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) [Noutros serviços] o resto [dados sobre a criança/adolescente] é quantificado... pelas análises...” E1, p.10 • “(...) [Noutros serviços] Há dados [mais] objectivos (...) [quanto à identificação de diagnósticos]” E3, p.11 • “(...) nós valorizamos, quantificamos, classificamos demais o comportamento... está adequado, não está adequado... está manipulador, não está manipulador (...)” E6, p.17 | | |
| | 4.1.3. Planeamento das Intervenções | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) a forma como nós aqui intervimos com os jovens, planeando as actividades ou (...) programando (...) o projecto deles, de uma forma individual, tendo em conta, também, os objectivos deles (...) é muito mais centrado no cliente (...) é um serviço que tem uns cuidados mais personalizados, ou tenta ter (...)” E2, p.1 • “(...) para alguns miúdos, definimos (...) um projecto terapêutico... portanto, é esperado que faça isto, que chegue ali (...) às vezes temos dúvidas sobre o que é que é esperado (...)” E6, p.9 • “(...) este grau de dificuldade [de dizer o que fazemos] também se prende com esta dimensão dos resultados, do que é que se espera (...) porque isso varia muito de miúdo para miúdo...” E3, p.10 • “(...) [Durante a admissão, o exame do estado de saúde mental] também nos ajuda a definir o que é que vamos fazer a seguir. Se tiver uma criança que recusa o internamento, eu vou ter que ter uma determinada intervenção (...)” E4, p.11 • “(...) mas os miúdos vêm para cá para fazer o quê? (...)” E6, p.21 • “(...) [Durante o internamento, o miúdo] Está para quê? Para fazer o quê? (...)“ E6, p.21 • “(...) não é claro (...) qual é que é o objectivo da nossa intervenção neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (...)” E8, p.24 • “(...) A gente [a equipa de enfermagem] sabe o que é que tem que fazer [não sabe é como fazer] (...)” E6 (E2 e E8 parecem não concordar), p.24 • “(...) o meu objectivo (...) durante o internamento, é despertar aquela criança para a problemática dele (...) e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui, ter que ser continuado (...) que possas continuar a | 5 | 14 |

| | | | | |
|--|---|--|---|----|
| | | <p>desenvolver uma relação desta natureza lá fora (...) E8, p.25</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) Eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo consiga estar ao pé dos outros, consiga desenvolver actividades com os outros, que consiga tranquilizar-se à noite, que consiga identificar em si estados emocionais que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros (...)” E6, p.28 • “(...) os objectivos em concreto (...) neste contexto (...) de internamento de agudos (...) passam muito por (...) suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes (...), o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações” E8, p.29 • “(...) Como é que eu ajudo a criança a conhecer melhor as suas dificuldades, a tomar consciência delas e a desenvolver as suas potencialidades?” E6, p.30 • “(...) Consegue-se discutir e planear melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais (...)” E6, p.30 • “(...) Para aquele miúdo é espectável que se atinjam determinados resultados (...) para prevermos um determinado caminho (...)” E3, p.37 | | |
| | <p>4.1.4. Implementação das Intervenções</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) noutros serviços de saúde mental, onde eu trabalhei (...) não eram desenvolvidos este tipo de actividades [terapêuticas mais centradas no cliente] (...) quando eu vim para cá isso trouxe-me outra visão do que era a psiquiatria e outra forma de trabalhar também (...)” E2, p.2 • “(...) as actividades [terapêuticas] que realizamos podiam ter mais em conta as necessidades de cada um (...) [e] as necessidades do grupo, não serem actividades tão ocupacionais (...)” E2, p.2 • “(...) os cuidadores familiares não estão. Portanto, nós [enfermeiros] estamos a desempenhar esse papel (...) de contenção, de presença, de limite, de afecto...” E6, p.7 • “(...) percebermos o que fazemos [implica um trabalho de procura/investigação] (...) de irmos aos livros (...) muitas vezes também temos muita dificuldade em dizer o que fazemos (...)” E3, p.10 • “(...) nós acabamos por fazer aqui um pouco (...) aquilo que os pais e a família mais alargada e até | 5 | 28 |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>instituições (...) não conseguem fazer, nomeadamente [quanto aos] (...) hábitos (...) de consumo (...) de substâncias... ou do comportamento em si mesmo (...)” E6, p.13</p> <ul style="list-style-type: none"> • “ (...) A diferença maior [quando em confronto com outros serviços] (...) prende-se muito com esta questão da nossa intervenção de enfermagem não estar muito construída (...)” E8, p.17 • “(...) continuamos a fazer coisas (...) que não fazem sentido nenhum... que é só para encher o dia da criança, sem qualquer finalidade, sem qualquer consequência positiva para aquilo que traz a criança aqui (...)” E8, p.19 • “(...) acho que a diversidade, aqui, tem um lugar fundamental na nossa intervenção (...) sinto essa oscilação e a dificuldade que é, às vezes, chegar e pegar em coisas que não têm nada a ver comigo na relação com aqueles miúdos... acho que é preciso fazer caminho por aí (...) tentar construir intervenção que seja... não é mais uniforme... mas que seja mais transversal a todos, talvez, que seja mais integrativa de todos nós (...)” E3, p.20 • “(...) nós estamos a receber, cada vez mais miúdos com os quais não estamos familiarizados em relação ao que nós vamos fazer aqui (...)” E8, p.20 • “Mas isso [actividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo!” E4, p.21 • “(...) O que eu acho que acontece é que depois entramos (...) passa a ser actividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...) e há outras coisas que se pode trabalhar, isso [actividades ocupacionais/banais] realmente é um ganho, é um pequeno ganho, mas isso depois permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas. Eu acho que é quando chegamos a esse patamar (...) que, muitas vezes, não avançamos (...)” E2 (E6 parece concordar), p.22 • “(...) eu posso (...) sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...). Para ter uma intervenção terapêutica (...) não preciso de ter uma coisa estruturada e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (...)” E4, p.22 • “(...) tens um objectivo definido quando fazes essa reunião [com os miúdos], não tens? Pretendes trabalhar alguns aspectos que vão ali emergindo...” E2, p.22 | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) tenho um objectivo definido [durante a reunião com os miúdos] (...) mas se calhar isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo que estou a ter com os miúdos...” E4, p.22 • “(...) [A reunião com os miúdos] tem um objectivo (...) não fazes só porque...” E2, p.23 • “(...) [A reunião com os miúdos] Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado como a E4 está a dizer. É mais espontâneo” E3, p.23 • “(...) O objectivo [da intervenção] pode não ser claro mas está lá.” E2, p.23 • “(...) é difícil (...) conseguir criar este contexto, com estes objectivos [sessões semanais, com início, desenvolvimento e um momento de conclusão] no internamento, (...) [nomeadamente devido à] entrada e (...) saída de miúdos (...)” E4, p.23 • “(...) faz-me sentido que isto [estruturar os dias e semanas segundo oficinas terapêuticas] possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso (...) para aqui” E4, p.24 • “(...) [Apesar de o enfermeiro saber o que fazer,] não sabe é como [fazer]...” E6 (E2 e E8 parecem não concordar), p.24 • “(...) um caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia-a-dia aqui (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais «rotinada», (...) menos flexível, de todo (...)” E8 (E2 concorda), p.24 • “(...) [Para despertar a criança para a sua problemática devemos] confrontá-lo com isso [com a sua problemática] (...)” E8, p.25 • “(...) às vezes [a intervenção de enfermagem] não passa tanto por os miúdos mentalizarem (...) passa muito pela vivência de experiências (...)” E3, p.31 • “(...) o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivência de experiências reparadoras] (...) mais até (...) do que as intervenções individuais. Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---|----|
| | | <p>miúdos (...)” E8, p.32</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) as intervenções individuais (...) ajudam-me muito a conhecer o miúdo, também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (...)” E3, p.32 • “Temos experiências de miúdos que acederam à sua própria problemática (...) nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (...)” E8, p.32 • “(...) estarmos com o miúdo e podermos conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão formais às vezes (...)” E3, p.32 • “(...) no contexto do quarto dos colchões há muito pouco de formalidade (...) (E6 e E8 parecem discordar) (...) há mais criatividade (...) eu vejo o quarto dos colchões como um momento de (...) aceder a outro espaço (...) que é este espaço transicional (...)” E3, p.32 | | |
| | <p>4.1.5. Avaliação (Alta Clínica)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha (...) está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? (...) para quê? Para ir para casa? (...) porque já consegue comer (...) porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavrões (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas (...) sobre isto (...)” E6, p.9 • “(...) [noutros serviços torna-se mais clara a definição dos] resultados...” E3, p.10 • “(...) [noutros serviços] é tudo mais objectivável... [quanto à definição de resultados de enfermagem]” E3, p.10 • “(...) Dói ou não dói? Tens já a escala da dor (...) é mais fácil de se entender a parte fisiológica” E1 (E3 parece concordar parcialmente), p.11 • “(...) temos feito esse esforço de nos articularmos de uma forma mais capaz com os recursos da comunidade... e até que ponto isso tem sido eficaz ou não? (...)” E8, p.16 | 4 | 12 |

| | | | | |
|---|--|--|---|----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) vêm para aqui [UIPIA], o comportamento deles é modelado de alguma forma, os sintomas mais agudos de alguma forma são estabilizados e têm alta (...)” E8, p.20 • “(...) é suposto que haja mais suporte para além do internamento (...)” E3 (E6 parece concordar parcialmente), p.21 • “[Durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (...)” E6, p.21 • “(...) acho que às vezes há determinados aspectos que (...) sabem-nos a pouco. Por exemplo, que um miúdo esteja integrado com (...) outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma actividade ocupacional daquelas banais (...) que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (...)” E6, p.21 • “(...) acho que são estes pequenos objectivos [de favorecer a integração dos miúdos no grupo de pares, através do recurso a actividades ocupacionais/banais, que] (...) eu acho que isto não é muito valorizado por nós...” E6, p.22 • “(...) [O que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual, é] muito reparador (...)” E6, p.32 • “(...) [O que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual] é muito revelador (...)” E3, p.32 | | |
| 4.2. Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação | | <ul style="list-style-type: none"> • “Cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a nível da parte relacional (...)” E1, p.1 • “(...) e aqui [na UIPIA] (...), essencialmente, é relação... é um trabalho em relação (...)” E1, p.1 • “Pensar em intervenções neste serviço (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) que para nós é uma ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (...)” E3, p.2 • “(...) [A relação terapêutica] acho que aqui é [central], que tem de ser, que pode ser, aqui é de uma forma muito mais evidente (...)” E3, p.2 • “(...) a técnica que mais utilizamos eu acho que é a relação de ajuda [relação terapêutica] (...)” E3, p.2 • “(...) possibilidade de nós prestarmos cuidados em relação (...)” E3, p.3 • “(...) noutros serviços (...) arranjam-se outros refúgios, outros subterfúgios e... as técnicas (...) talvez, mais práticas | 5 | 12 |

| | | | | |
|---|--|---|---|----|
| | | <p>(...) são utilizadas para distanciar (...) quase até para fugir à relação. Aqui o sentido é outro, nós temos mesmo que estar em relação e acho que isso marca definitivamente a forma como nós prestamos cuidados nesta unidade.” E3, p.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) e a possibilidade (...) de estabelecermos uma relação... mais nos contornos da psicoterapia ou de uma intervenção terapêutica propriamente dita (...)” E8, p.16 • “(...) é uma intervenção (...) que assenta nos instrumentos relacionais (...)” E8, p.17 • “(...) estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança/adolescente] vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspectos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (...)” E2, p.26 • “(...) [Conhecer a singularidade e individualidade do miúdo] é o que me permite estabelecer relação com o miúdo (...)” E3, p.38 • “(...) [Durante a relação com a criança/adolescente] é esperado que um terapeuta saiba utilizar essa informação (constante no registo de enfermagem) (...)” E6, p.39 | | |
| <p>4.3. Fenómenos da Relação Terapêutica</p> | <p>4.3.1. Enfermeiro como Instrumento Terapêutico</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) [Na UIPIA, a relação terapêutica é] muito mais trabalhada e com o envolvimento (...) diferente por parte dos enfermeiros (...)” E3, p.2 • “(...) [A relação terapêutica desenvolvida na UIPIA cria] a necessidade (...) de um trabalho de... de descoberta... de relação, (...) eu acho que este trabalho que desenvolvemos aqui, em profunda relação com as crianças, com os adolescentes, com as famílias (...) eu acho que marca a diferença entre o trabalhar aqui [na UIPIA] e o trabalhar noutro sítio.” E3, p.2 • “E isso [relação terapêutica] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção (...), [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, (...) mas que naturalmente (...) [tem] impacto na forma como nós prestamos cuidados (...)” E3, p.3 • “(...) [prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas | 7 | 17 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento (...)” E3, p.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • “[Ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é?” E4, p.3 • “(...) depende muito da actuação de cada um de nós, (...) eu faço coisas diferentes da E2, a E2 faz coisas diferentes dela (...)” E5, p.8 • “(...) [Durante a relação com as crianças existe uma grande] diversidade [no comportamento dos enfermeiros] (...)” E3, p.9 • “[A intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] (...) flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia (...)” E8, p.17 • “(...) se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos (...)” E6, p.17 • “(...) continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem] (...) de turno para turno, e na presença desta ou daquela pessoa (...)” E8, p.19 • “(...) eu tenho uma forma de actuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes...” E2, p.26 • “O teu objectivo [do enfermeiro] pode ser o mesmo, mas a forma como tu o fazes é diferente (...)” E2, p.27 • “(...) a diversidade nunca vai sair da nossa intervenção... por muito que se tente objectivar (...)” E3, p.27 • “(...) há enfermeiros que são mais normativos que outros há enfermeiros que chegam, abraçam, dão beijinhos (...) há enfermeiros que as regras vão sendo mais flexíveis, há outros que não, que são muito estruturados (...)” E6, p.41 • “(...) [Para minimizar o sentimento de rejeição que vive na relação com a criança/adolescente, a enfermeira sugere como mudança] haver aqui uma maior homogeneidade na linguagem (...)” E7, p.41 • “(...) a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...) [durante os] processos formativos (...) também nos | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|---|----|
| | | <p>ajuda (...) a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (...)” E3, p.42</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) como eu me sinto enquanto pessoa claro que vai influenciar directamente como eu me sinto enquanto profissional, mas o que está em jogo é a minha actividade profissional (...) a fronteira entre o eu pessoa e o eu profissional é que às vezes é um bocado ténue (...). Há enfermeiros que são muito mais normativos do que outros, não quer dizer que sejam piores enfermeiros ou que não consigam estabelecer uma proximidade ou transmitir segurança como os outros que se calhar é exactamente ao contrário (...)” E6, p.42 | | |
| | <p>4.3.2. Limites da Relação Terapêutica</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) prestar cuidados em relação é (...) estar efectivamente em relação com a criança e com o adolescente (...)” E3, p.3 • “(...) [prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo (...)” E3, p.3 • “[Prestar cuidados em relação] É estar permanentemente «ligados» (...) é estarmos sempre em relação...” E5, p.3 • “(...) é possível estar sempre em relação, difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica...” E3, p.3 • “(...) acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno (...). Mesmo na tua hora de almoço...” E5, p.3 • “[Prestar cuidados em relação é estar] Sempre disponível... Tem que se estar sempre...” E1, p.4 • “Eu não acho que se tenha que estar sempre disponível [para a relação] (...)” E3, p.4 • “(...) [Estarmos sempre preocupados com os miúdos] acaba por nos manter sempre «ligados» a eles durante o turno todo” E5 (E3 parece concordar), p.4 • “Quando estamos a trabalhar estamos sempre disponíveis (...)? (...) podemos não estar, mas quando nos é solicitado... podemos sentir que não nos apetecia (...) eu não queria mas eu estou cá (...)” E6 (E3 parece reforçar o referido), p.4 • “(...) nos miúdos com alterações do comportamento... Quando estamos (...) com eles no quarto de isolamento... | 6 | 30 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (...) E4 (E3 parece concordar), p.4</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Há como que uma gradação da profundidade da relação. (...) Há (...) miúdos (...) e (...) famílias (...) que (...) respeitam o nosso espaço, o espaço delas, não invadem a nossa privacidade (...) e há outros que estão sistematicamente a tentar impor limites, a tentar sempre invadir (...). Isso leva a um desgaste, a um cansaço maior... Porque está sempre a (...) testar-te os limites...” E6 (E3 e E4 parecem concordar), p.4 • “E muitas das vezes também saímos [do quarto de isolamento] não só por desgaste, mas por desgaste daquilo que a gente já tentou com aquele miúdo e já não consegue mais (...)” E5, p.5 • “(...) quando digo não estar disponível é esta dimensão de (...) construir limites e de (...) sabermos respeitar-nos... esta dimensão terapêutica não pode ser um exercício violento, contra nós próprios (...) na relação terapêutica tem que estar claro o nosso limite e o limite do miúdo (...)” E3 (E4 parece concordar), p.5 • “(...) [ao sair um pouco «de cena»] se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação (...)” E3, p.5 • “Eu acho que sim [que sair um pouco «de cena» continua a ser terapêutico] (...) sem dúvida nenhuma!” E3, p.5 • “[Sair um pouco «de cena» é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa [enfermeiro] é a possibilidade de fazer diferente.” E5, p.6 • “A tua saída [«de cena»] é terapêutica! Para ti e para ele [criança/adolescente], claro...” E1, p.6 • “(...) nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco (...), «agora não vou estar contigo, mas não te abandono (...)» e eu acho que [a saída «de cena»] (...) tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós (...)” E3, p.6 • “(...) aqui a exposição... é permanente...” E3, p.6 • “Sim... aqui a exposição... é... permanente.” E1, p.7 • “(...) Nós aqui estamos muito em relação, mas isso também (...) nos expõe muito (...) para já são crianças (...) e | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>adolescentes, e isso introduz uma dimensão diferente de relação (...) uma criança não é autónoma como o adulto, um adolescente tem mais autonomia (...) [e isso cria] esta necessidade de estarmos mais próximos na relação (...)" E3, p.7</p> <ul style="list-style-type: none"> • "(...) Eles [crianças/adolescentes] quando olham para nós e quando nós [enfermeiros] estamos ali, disponíveis (...)" E6, p.7 • "(...) [na admissão de crianças/adolescentes com historial de consumos torna-se] extremamente complicado (...) estares a definir uma regra que eles aqui não podem fazer (...)" E7, p.12 • "(...) e é esperado que (...) nós possamos conseguir impor esses limites (...). E isto é muito organizador... a questão é como é (...) Como é que vamos pôr estes limites na relação? Como é que o vamos ajudar? (...) a gente chega aqui... a partir de agora vamos castrar tudo (...)" E6, p.13 • "Eu sinto isso [a colocação de limites na relação] numa dimensão reguladora..." E3, p.13 • "Como é que se começa a fazer esse processo [colocação de limites na relação] de uma forma que não (...) vá gerar esta conflitualidade (...) e fazer isto sem ser impositivamente... de uma forma terapêutica..." E6, p.13 • "(...) [Apesar de reconhecer a importância da colocação de limites na relação] eu consigo compreender que para o miúdo seja difícil não ter o <i>piercing</i> (...)" E3, p.14 • "(...) Tu ali [numa relação individual, no «quarto dos colchões»] disponibilizas-te realmente (...)" E6, p.32 • "(...) [No «quarto dos colchões» há] formalidade no sentido de haverem regras e limites bem definidos (...) é um caos controlado" E6, p.32 • "(...) a imposição de limites é aprendida (...) de forma individual (...) a pessoa que esta na relação ou a trabalhar numa determinada equipa também tem que saber o papel que vai assumir (...)" E7, p.41 | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|---|----|
| | <p>4.3.3. Transferência e Contra-Transferência</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) [prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (...)” E3, p.3 • “Estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas” E5, p.4 • “Sim, [estamos sempre a ser confrontados] com as nossas dificuldades, com as nossas capacidades, com o que somos capazes de trazer...” E4, p.5 • “(...) sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa (...) dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecemos, também, aquilo que estamos a sentir (...)” E3 (E4 parece concordar), p.5 • “(...) o que é que eles [crianças/adolescentes] vêm em nós [enfermeiros] e o que é que eles acham que nós lhes podemos dar...? (...)” E6, p.7 • “(...) aqui não há doentes distribuídos, (...) no final do turno é que vemos com quem é que estivemos mais próximo (...)” E7, p.8 • “(...) são quase os miúdos que nos escolhem, não é? E não nós os miúdos...” E5, p.8 • “(...) ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes (...)” E6, p.17 • “(...) para uma pessoa [o miúdo] está [manipulador] e para outra não está... então ele não está bem... Porque ainda agora estava, e agora deixou de estar (...). Nós quase que queremos, às vezes, que os miúdos tenham o comportamento igual com toda a gente, sendo nós pessoas completamente diferentes umas das outras ou então queremos que nós sejamos todos iguais uns aos outros que é uma coisa impossível (...)” E6, p.17 • “(...) eu acho que eles próprios [crianças/adolescentes] escolhem [o enfermeiro de referência] (...)” E2, p.26 • “(...) para este jovem [a forma de intervir] (...) da E3 pode ser mais ajustável do que a tua, e para o outro, a tua pode ser mais ajustável do que a da E3” E2, p.26 | 7 | 18 |
|--|---|--|---|----|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) este rapaz com A, B, C ou D [enfermeiros] tem sempre uma relação especial (...) o que (...) não inviabiliza que A se dê melhor com o enfermeiro X e que B se dê melhor com o enfermeiro Y (...)” E6, p.39 • “Isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte!” E3 (E6 e E8 parecem concordar), p.39 • “(...) cá (...) às vezes tenho negação (...), sinto isso na pele (...). Porque dizem: «Ah, não ‘tá cá a Enfermeira X?» ou então dirigem-se para mim: “Ah, eu não gosto daquela enfermeira (...).” E7, p.40 • “(...) A questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...) Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam... [de determinadas características nos enfermeiros] (...) é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) [é] porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho?” E6, p.41 • “(...) os miúdos lidam comigo e com a E3 ou contigo de forma diferente, não é? E agora o que é que há em nós (...) Que nesses miúdos despoleta [esse sentimento de rejeição] (...)?” E5, p.41 • “(...) [O que é que há em nós que despoleta essas] projecções que eles [miúdos] vão fazendo...” E4, p.42 • “(...) [Durante a relação é importante] ver o que é meu [enfermeiro] e o que é do outro [do miúdo]...” E4, p.42 | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|----|
| | <p>4.3.4. Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande (...)” E3, p.4 • “(...) [Durante o turno] estamos sempre preocupados com [os miúdos] (...)” E5 (E3 parece concordar), p.4 • “Sempre uma sensação de ter que estar...” E1 (E3 parece concordar), p.4 • “(...) eu devia de ser capaz de dar uma resposta e não estou a ser capaz... Isso às vezes (...) é muito limitador e é muito culpabilizante também e desumaniza a relação terapêutica (...)” E3, p.6 • “(...) mas esta relação, eu pessoalmente sinto... é uma relação que cansa (...) fisicamente (...). E sem contar com os turnos, complicados, das alterações do comportamento (...) que esses... sai-se cansado mesmo...” E1, p.9 • “(...) [a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também (...) uma zanga... [no enfermeiro] porque (...) nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde (...)” E6, p.9 • “O que tu vives no quarto de colchões com os miúdos, numa relação individual é muito intenso (...)” E6, p.32 • “(...) [Na relação com os miúdos] sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (...)” E7, p.40 | 5 | 8 |
| <p>4.4. Gestão de Cuidados</p> | <p>4.4.1. Enfermeiro de Referência</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) aqui [na UIPIA] há muito a pessoa de referência (...)” E7, p.8 • “(...) para nós podermos (...) dar esta continuidade [à intervenção de enfermagem] (...) é importante o enfermeiro de referência. E acho que (...) pode fazer muito mais do que faz agora (...)” E2, p.25 • “(...) acho que é importante haver a relação que se estabelece com uma pessoa (...) durante aquele período que o miúdo está cá (...) e acho que se complementam as duas coisas [enfermeiro e ambiente de referência]” E2, p.25 | 5 | 12 |

| | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) acho que é difícil objectivar isso [método de trabalho por enfermeiro de referência] (...) para a criança (...) [e] o adolescente em si (...)” E8, p.25 • “(...) não podemos querer que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente (...) pode ser muito invasivo e muito intrusivo (...) não posso (...) hoje sou eu porque estou cá, amanhã és tu (...)” E2, p.26 • “(...) (...) [Durante a relação terapêutica enfermeiro-criança/adolescente] tem que haver (...) um fio condutor, se não as coisas vão ficando perdidas (...)” E2, p.26 • “(...) Levantam-se muitas questões na intervenção com os miúdos como enfermeira de referência (...) a minha intervenção com enfermeira de referência é cada vez mais uma intervenção de relação (...)” E3, p.27 • “(...) o terapeuta de referência, num contexto de internamento de agudos, não será a melhor metodologia para funcionar (...)” E6, P.28 • “(...) temos que ser pragmáticos (...) se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre, eu [enfermeiro] estou 4 dias sem o ver, então como é que eu faço isso? (...)” E6, p.29 • “(...) é um bocadinho perverso da nossa parte estarmos aqui a favorecer uma cultura de acompanhamento individual quando depois o miúdo vai-se embora e (...) não vamos ser nós a acompanhar” E8, p.30 • “(...) há miúdos que precisam muito (...) [da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (...)” E3, p.31 • “(...) às vezes o enfermeiro de referência remete para alguma formalidade na relação (...)” E3, p.33 | | |
| | 4.4.2. Milieu Terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) podemos construir intervenção, ao ponto dessas flutuações [na intervenção de enfermagem]... que são flutuações individuais subjectivas... não contaminarem tanto o dia-a-dia das crianças aqui (...) podemos evoluir no sentido de não haver necessidade de um técnico de referência... que o próprio ambiente seja um ambiente de referência...” E8, p.18 | 4 | 18 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) a possibilidade de nós estruturarmos a nossa intervenção de uma forma concreta pode reduzir muito (...) este impacto, de sermos pessoas diferentes, de estabelecermos relações com os outros de forma diferente (...) porque isso é, simultaneamente, a grande riqueza e a grande fragilidade da intervenção que nós fazemos aqui...” E8, p.19 • “Quanto mais rotinas nós criarmos (...) menos isso [a variabilidade da intervenção de enfermeiro para enfermeiro] é possível acontecer mas depois, também, há o risco de nos fixarmos às rotinas...” E6 (E3 parece concordar com E6; E8 parece não concordar), p.19 • “Mas porque é que tem que ser o enfermeiro de referência e não pode ser então aquilo que ele disse, o ambiente de referência?” E4, p.25 • “(...) [Relativamente ao ambiente de referência] parece-me que é mais positivo [para a criança/adolescente] ter a possibilidade de turno após turno, dia após dia, ter uma pessoa a quem possa trabalhar as questões dele naquele dia ou durante este percurso em que cá está (...)” E8, p.25 • “(...) [A concretização dos objectivos definidos para a criança] (...) decorre da relação dele próprio, decorre da relação com a família, decorre da relação com os pares (...)” E8, p.25 • “(...) qualquer um de nós tem maturidade profissional suficiente (...) para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, que alinhe em continuidade com o que o outro deixa feito... independentemente de eu estabelecer uma relação (...) de forma diferente do que E3 (...)” E8, p.26 • “(...) Mas esta dimensão de um ambiente por si e de um turno ser um momento e no próximo turno ser outro momento (...) a mim faz-me cada vez mais sentido (...)” E3, p.27 • “(...) faz-me também cada vez mais sentido esta ideia do ambiente por si ser um ambiente (...) terapêutico, ser um ambiente capaz de experiências diferentes, reparadoras (...)” E3, p.27 • “(...) [o método de trabalho por enfermeiro de referência não parece ser a melhor opção num contexto de internamento de agudos] e isto (...) tem a ver (...) com o que é que motivou o internamento (...) e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (...) à noite... criar um ambiente mais tranquilo (...) mas isto tanto faz o | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Joaquim, o Manuel como a Maria (...). Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (...) que todos o consigam fazer (...)” E6, p.28</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) Não somos [enfermeiros] insubstituíveis (...) sem dúvida nenhuma” E3, p.28 • “(...) eu preciso (...) tirar a pessoa de um contexto familiar onde ela está, e social, e colocá-la num outro contexto (...) que seja suficientemente contentor e protector e securizante (...). E (...) todos nós temos que saber fazer isso (...) como equipa (...)” E6, p.28 • “(...) é esperado que o ambiente em si, que o meio, que as pessoas, consigam todas fazer isto [conseguir que o miúdo desenvolva um maior <i>insight</i> que possibilite uma mudança no seu comportamento e na relação com os outros] (...)” E6, p.28 • “(...) neste momento se justifica pensar em como criar este meio [ambiente de referência]. A questão é: que actividades colocar neste meio, que modalidades terapêuticas colocar neste meio, que mediadores podem ajudar a fazer isto? E dentro desses mediadores, que compreensão e que modalidades é que me ajudam a compreender melhor essa intervenção” E6, p.29 • “(...) independentemente de sermos [enfermeiros] diferentes (...) os objectivos eu acho que são os mesmos” E8, p.29 • “(...) [Os objectivos definidos para a criança/adolescente, podem ser concretizados] em contexto de relação individual e não precisa de ser feito sempre pela mesma pessoa (...) e pode ser feito, também, quando a criança se confronta com os pares aqui neste grupo (...) no contexto das actividades (...)” E8, p.30 • “(...) vai entrar como métodos de trabalho (...) não é (...) trabalhar à tarefa (...). É fundamental (...) haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição (...) com aquela família, ou com alguém da escola (...) quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvolver estas articulações (...) mas eu acho que isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica (...) os espanhóis chamam... o enfermeiro de ligação é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...) trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a recepção (...). O facto de trabalharmos (...) como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (...) | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | | <p>possam estabelecer relações privilegiadas” E6, p.31</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) [esta] dimensão do ambiente terapêutico, de um ambiente contentor, de um ambiente do <i>holding</i> (...) [permite] poderem viver determinadas coisas que eram muito difíceis de viver lá fora (...) numa perspectiva vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento (...). Passa (...) pela possibilidade de viverem (...) este conceito de uma experiência reparadora... eu acho que isto existe no internamento (...)” E3, p.32 | | |
| <p>4.5.</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>Profissional</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) o esforço grande de nós, enquanto equipa tem a ver com isto... com a possibilidade de nós evoluirmos enquanto construção da intervenção (...)” E8, p.17 • “(...) o que ele faz aqui durante 3... 4 semanas? Toma só comprimidos? (...)” E8, p.20 • “(...) se há contexto em que o nosso trabalho [de enfermagem] pode ser completamente independente e autónomo... é este [UIPIA]! (...)” E8, p.20 • “(...) [Na UIPIA] não sei se [o trabalho de enfermagem é] completamente independente e autónomo, mas sim... há muito espaço (...)” E3, p.20 • “(...) [Na UIPIA, o trabalho de enfermagem é] muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (...)” E8 (E3 parece concordar), p.20 • “(...) [O enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta (...)” E8, p.20 • “(...) Isto [actividades banais/ocupacionais] é importantíssimo mas é muito pouco valorizado por nós! (...)” E6 (E3 parece concordar, E4 parece não concordar), p.22 • “(...) a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta? Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás.” E8, p.24 | 4 | 8 |

| | | | | |
|--|---------------------------------|--|---|----|
| 4.6. Ética e Deontologia Profissional | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) nós somos os responsáveis directos, nós temos, entre aspas, a tutela destes miúdos enquanto eles estão internados... isso acresce muito em termos de responsabilidade, em termos de peso da nossa intervenção concreta (...)” E8, p.16 | 1 | 1 |
| 4.7. Continuidade dos Cuidados | 4.7.1. Passagem de Turno | <ul style="list-style-type: none"> • “Eu acho que há aqui um aspecto importante (...) que é (...) como é que nós passamos essa informação [relativa à admissão]? (...)” E6, p.15 • “(...) o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (...)” E6, p.15 • “(...) já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (...)” E3, p.27 • “(...) [Perante o risco da informação transmitida sobre o ocorrido durante a relação terapêutica, ser deturpada pelos colegas] nem sei bem o que é que agora eu devo passar de informação (...) e o que eu sinto (...) como enfermeira de referência, é que as minhas intervenções têm de ser quase como se acabadas naquele turno, isto é... há de haver continuidade (...)” E3, p.27 • “(...) [nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...) temos muita necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo, ainda que num registo escrito isso não apareça (...)” E3, p.35 • “(...) [Transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] é uma necessidade nossa ou da criança?” E6, p.35 • “(...) [A necessidade de se transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] É da relação...” E3, p.35 • “(...) eu tento sempre, quando estou a passar o turno (...) transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança (...)” E8, p.35 | 3 | 10 |

| | | | | |
|--|---|---|---|----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) o miúdo preferir o enfermeiro tal e partilhar com ele alguma informação (...) que não é devolvido à equipa... o miúdo não ganha nada com isso (...) nem nós! (...) é esperado que o miúdo perceba (...) que aquilo que partilha (...) com alguém, partilha na equipa...” E6, p.40 • “(...) isso [da informação que o miúdo partilha com um enfermeiro, poder ser partilhado depois à equipa] tem a ver com isto de podermos (...) uniformizar (...) evoluir um pouco na forma como todos vemos os cuidados (...) e se calhar, aí, é mais tranquilo... essa partilha...” E3, p.40 | | |
| | 4.7.2. Documentação dos Cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • “(...) como é que damos visibilidade àquilo que fazemos...” E4 (E6 parece concordar), p.15 • “(...) [no registo de enfermagem] faço uma tentativa de (...) pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem (...) muito pouco (...). É um momento (...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai muito nesta coisa do comportamento adequado e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chavões...” E3, p.33 • “(...) acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade” E4 (E3 consente), p.33 • “(...) uma das nossas maiores limitações, lacunas... da nossa intervenção é mesmo o registo, a evidência daquilo que fazemos, muitas vezes estamos tão cansados, no final de um turno, estamos mesmo muito pouco disponíveis para reflectir no papel” E8, p.33 • “(...) nem sei se é só cansados (...) [durante a elaboração dos registos de enfermagem] ainda me sinto a viver muita coisa... daquilo que tive, que foi a relação com os miúdos (...) e às vezes (...) ainda não foi possível viver, «arrumar» aquilo que eu vivi com aqueles miúdos (...) estou longe de poder passar isso para o papel (...) acaba por ser uma coisa muito artificial (...)” E3, p.34 • “(...) se eu souber o que é que vou registar, já sei o que é que hei-de fazer...” E6, p.36 • “Mas registar é em função de alguma coisa que aconteceu (...)” E8, p.36 | 4 | 23 |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • “[Durante a elaboração dos registos de enfermagem] Ainda estamos a «arrumar» coisas... [daquilo que se viveu na relação com o miúdo].” E8, p.43 • “(...) como é que o miúdo esteve, como é que não esteve e depois posso ser mais aprofundado se tive algum momento com ele ou com a família, mesmo assim nunca chega àquilo que vivi, não consigo traduzir... essa é uma frustração até (...) não conseguir traduzir o que vivi o que foi construído no momento individual, no momento em grupo, com determinada criança, no papel” E8, p.34 • “Não sei se é importante [transmitir o que se vive na relação com o miúdo]... eu acho que nós não perdemos nada em objectivar o registo (...) em torná-lo (...) mais concreto (...). Para o planeamento dos cuidados (...) [os registos de enfermagem] serem mais objectivos é um ganho grande” E8 (E3 parece concordar), p.35 • “(...) os registos podem ser feitos neste sentido [de transmitir dados úteis ao colega do turno seguinte para que possa continuar o trabalho com a criança]. Como fazê-lo? Não sei (...)” E8, p.35 • “(...) Sermos mais capazes de registar também decorre de sermos mais capazes de pensar e de estruturar o nosso dia-a-dia (...) se a intervenção estiver mais estruturada e for mais previsível o que fazer neste ou naquele momento talvez sejamos mais capazes de depois traduzir o que aconteceu naquele turno” E8, p.36 • “(...) há coisas que decorrem da relação e da intervenção que não sei se é para notas de evolução, se é para uma outra coisa (...)” E8, p.36 • “(...) haver sempre a possibilidade de se criar um espaço aberto onde se escreva qualquer coisa que não seja possível ficar registada” E6, p.36 • “[Haver a possibilidade de se criar um espaço aberto onde seja possível registar informação] Que não seja importante, não é?” E8, p.36 • “(...) [Haver a possibilidade de se criar um espaço aberto onde seja possível registar informação] que seja importante mas não seja planeada...” E6, p.37 • “(...) para sabermos aquilo que registamos ou não, eu acho que isso passa por definirmos projectos (...) | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>planeados” E3, p.37</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) vamos em todos os casos descrever o que disse? E é isso que nos permite intervir “terapeuticamente” de uma forma diferente [?] (...)” E6, p.37 • “(...) registamos isto e criamos um espaço para depois podermos escrever um poema? Uma singularidade, uma individualidade (...)” E6, p.37 • “(...) A mim faz-me sentido que essa «particularidade» [a singularidade/individualidade do miúdo] não deixe de existir no registo (...) o miúdo tem de aparecer [no registo]” E3, p.38 • “[O registo deve contemplar] Um espaço em que possa ser possível descrever mais de forma narrativa o que aconteceu (...) mesmo em momentos individuais em que tu aprofundas uma intervenção tu podes simplesmente registar que abordas-te esta ou esta área e que isto deu este ou este resultado, isto pode ser objectivo” E8, p.38 • “(...) tenho dúvidas de pôr lá [no registo de enfermagem] a minha subjectividade (...) porque a minha subjectividade não é igual à tua subjectividade e depois... atrapalham-se às vezes (...)” E3, p.38 • “(...) o eu registar determinada coisa pode ser profundamente intrusivo para aquele miúdo. Porque se alguém pegar, à letra, naquilo que está escrito e devolver ao miúdo na relação isto pode ser (...) de uma agressividade enorme... porque aquilo teve um contexto da relação...” E3, p.38 | | |
|--|--|--|--|--|

Resultados da Análise de Conteúdo do GF

| DIMENSÃO I - PESSOA | | n | UE |
|---------------------------------------|--|---|----|
| Categoria | | | |
| 1.1. Criança/ Adolescente (Indivíduo) | | 2 | 5 |
| 1.2. Família/ Figura Tutelar (Grupo) | | 2 | 3 |

| DIMENSÃO II – SAÚDE | n | UE |
|--|---|----|
| Categoria | | |
| 2.1. Saúde/ Doença Mental | 3 | 6 |
| 2.2. Estigma associado à Doença Mental | 2 | 2 |

| DIMENSÃO III - AMBIENTE | n | UE |
|---------------------------|---|----|
| Categoria | | |
| 3.1. Ambiente de Cuidados | | |

| DIMENSÃO IV - CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | n | UE |
|--|---|---|----|
| Categoria | Subcategoria | | |
| 4.1. Processo de Enfermagem | 4.1.1. Apreciação Inicial (Admissão) | 5 | 11 |
| | 4.1.2. Diagnóstico | 3 | 5 |
| | 4.1.3. Planeamento das Intervenções | 5 | 14 |
| | 4.1.4. Implementação das Intervenções | 5 | 28 |
| | 4.1.5. Avaliação (Alta Clínica) | 4 | 12 |
| | SUB-TOTAL | 7 | 70 |
| 4.2. Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação | SUB-TOTAL | 5 | 12 |
| 4.3. Fenómenos da Relação Terapêutica | 4.3.1. Enfermeiro como Instrumento Terapêutico | 7 | 17 |
| | 4.3.2. Limites da Relação Terapêutica | 6 | 30 |
| | 4.3.3. Transferência e Contra-Transferência | 7 | 18 |
| | 4.3.4. Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica | 5 | 8 |
| | SUB-TOTAL | 8 | 73 |
| 4.4. Gestão de Cuidados | 4.4.1. Enfermeiro de Referência | 5 | 12 |
| | 4.4.2. <i>Milieu</i> Therapy | 4 | 18 |
| | SUB-TOTAL | 6 | 30 |
| 4.5. Desenvolvimento profissional | SUB-TOTAL | 4 | 8 |
| 4.6. Ética e Deontologia Profissional | SUB-TOTAL | 1 | 1 |
| 4.7. Continuidade dos Cuidados | 4.7.1. Passagem de Turno | 3 | 10 |
| | 4.7.2. Documentação dos Cuidados | 4 | 23 |
| | SUB-TOTAL | 4 | 33 |

Apêndice 5 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de
Enfermagem Autónomas / Fenómeno de Enfermagem

Análise de Conteúdo - Intervenções de Enfermagem / Foco

| Dimensão | Categoria | Subcategoria | Unidade de Registo | | | | | n | UE | n total | UE total | n total | UE total | | |
|----------|-----------|--------------------------------------|--|---|-------|------------|-------------------------|-----------|----|---------|----------|---------|----------|------|--|
| | Acção | Intervenção de Enfermagem CIPE | Unidade de Registo | P | Turno | Data | Implícitas / Explícitas | | | | | | | Foco | |
| Observar | Avaliar | Avaliar [atitude] | "(...) cabisbaixo não querendo falar." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I | EMOÇÃO | 3 | 4 | 8 | 564 | 8 | 991 | |
| | | | "(...) apresentou postura cabisbaixa (...)" [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "(...) postura cabisbaixa (...)" [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "[Durante a visita] (...) Postura desconfiada, olhando repetidamente para trás dela." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | Avaliar adesão ao regime terapêutico | "[Em momento individual refere:] "Espero cumprir tudo para voltar p/ casa, p/ a escola." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | ADAPTAÇÃO | 5 | 26 | | | | | |
| | | | "[Em momento individual refere:] (...) Refere que está cá porque deixou de se alimentar bem, desde janeiro, mas sem conseguir relacionar um facto concreto. Fala-me das suas rotinas diárias sendo o primeiro a acordar em casa 6h30. Dividindo o dia entre a escola e o judo. Fala também da exigência do desporto na sua alimentação e manutenção de peso." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "(...) não aceitando bem o internamento." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "[Em conversa com o grupo] (...) reconhece algumas dificuldades que tinha e demonstra crítica para a sua situação." [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Em conversa com o grupo fala da utilidade do tempo que está a passar cá (...)" [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "No quarto quando estive com a enfermeira refere preocupação com o que os outros vão dizer dele quando tiver alta e refere "Eles vão dizer "olha o miúdo que tomou drogas e depois ficou maluco" (sic)." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Durante o filme refere que este está relacionado com a sua situação actual." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "O X [nome do adolescente] no início do turno apresentava discurso circular em torno da alta referindo "Eu vou embora hoje né?" (sic), (...) Pede várias vezes para arrumar a roupa, perguntando pela mãe "A que horas é que ela vem para me vir buscar?" (sic)." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | AUTOCUIDADO | "[Após episódio disruptivo durante a visita] (...) pede desculpa aos técnicos." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Aparentemente compreende o que lhe é explicado e parece investido no projecto. (...)" [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Antes da pesagem refere não necessitar de urinar por ter feito várias vezes durante a noite." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Em momento individual faz referência às suas expectativas do internamento." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Foi ao Hospital de Dia. Regressou. Refere não ter gostado. Estiveram a falar de bullying e escola" "Não quero lá voltar" (sic). [P4] | 4 | M | 24-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "(...) [discurso centrado] (...) no querer ir embora." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "[Na sequência da actividade terapêutica, em que começa a sentir-se zangada] A jovem pediu para ir ao espaço descobertas (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Quero ter alta (...) tou farta de cá estar" (sic) (...) Grande ambivalência. Pouca crítica face à sua situação actual. "Sinto-me triste mas quero ir para casa (...) Sei que os medicamentos são para o meu bem mas eu nao quero tomar medicamentos (...) Quero ter alta porque quero fumar." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "(...) manteve ao longo do turno discurso centrado na alta (...)" [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "(...) manteve ao longo do turno discurso centrado na alta (...)" [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Queria sair com o pai "Eu vou contigo... pai não quero ficar cá" (sic). Acabou por aceitar ficar mas vai perguntando pela mãe. Telefonou para a mãe e pediu para ela o levar daqui (...)" [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Por períodos discurso circular em torno da alta." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Procura arrumar roupa, com discurso centrado na alta/fuga." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | | "Pede para lhe darem medicação: "Aquele que faz babar..." (sic); (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|------------|---|-------------|---|----|
| | | "Vai solicitando terapêutica "para a baba" (sic) por vários momentos. Ao pequeno-almoço tentou manipular toma, cuspiendo a medicação para o chão" [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| | | "(...) questionando por períodos quando é que tem alta." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | |
| | | "Ao longo da visita manteve um discurso circular em torno da alta "Vamos arrumar a roupa e vamos para casa." (sic)." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | |
| | | "Discurso circular em torno da alta." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | Avaliar adesão ao regime terapêutico da família | "[Durante a visita] Discurso centrado no H. Dia. Mãe sem capacidade de conter este comportamento.(...) Mantém discurso centrado em aspectos burocráticos (horários, escola, etc) que devem ser discutidos na ausência do X [P4]. Pouco receptiva às sugestões, (...) [P4] | 4 | M | 24-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 1 | 1 |
| | Avaliar autocuidado: actividade recreativa | "Após o jantar esteve a ver os "Morangos com Açúcar" com interesse." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | AUTOCUIDADO | 8 | 67 |
| | | "(...) por períodos, a fazer pulseiras." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | | | |
| | | "Após o jantar esteve a fazer pulseiras (...) " [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | | | |
| | | "Esteve a fazer um desenho para oferecer à mãe." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | | | |
| | | "Esteve no PC e ouvir música." [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve a ver TV." [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve por um período no computador a fazer pesquisa de música, junto da jovem X." [P1] | 1 | M | 06-09-2012 | I | | | |
| | | "(...) momentos na sala de actividades. " [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I | | | |
| | | "Participou nas actividades propostas." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve no computador, a ouvir música e a jogar." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I | | | |
| | | "(...) a preferir actividades individuais, como pintar gesso (esteve a pintar um coração)." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve c/ o grupo no espaço descoberta e posteriormente a ler um livro." [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve por curtos períodos no computador." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I | | | |
| | | "[O adolescente interage com o grupo] (...) tendo estado a jogar Trivial Pursuit." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I | | | |
| | | "Autónomo nas actividades, tendo forrado uma caixa em gesso." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I | | | |
| | | "Fica a realizar jogos diversos com o grupo de pares." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I | | | |
| | | "Participou nas actividades propostas com empenho." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I | | | |
| | | "Participou em alguns jogos com os outros jovens." [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve a realizar jogos de grupo (cartas) com o grupo de jovens.*." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | | "Realizaram jogos de grupo, com iniciativa." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | | "Esteve no computador a ouvir música e a fazer pesquisa no computador." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| | | "(...) participou no jogo " Party and Co" com aparente interesse (...) " [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I | | | |
| | | "Após o jantar esteve próxima do grupo a jogar cartas e por um período esteve no computador a ouvir música." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I | | | |
| | | "20h00 - Realizou jogos de cartas com o grupo de pares." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | | "Fica a fazer gesso com empenho." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I | | | |

| | | | | |
|---|----|-----|------------|---|
| "Participou nas actividades propostas com empenho." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "Participou nas actividades propostas." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "Inicialmente a recusar participar nas actividades propostas (...)" [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Esteve por um período no computador a ouvir música com supervisão (...)" [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "Esteve a jogar às cartas com o grupo." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "Esteve a visualizar filme com aparente interesse." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "Esteve c/ o grupo a jogar jogos de tabuleiro e posteriormente no computador sozinha a ouvir músicas." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "Esteve a jogar ao Party & Co com o grupo, revelando poucos conhecimentos sobre elementos básicos da cultura geral." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "Esteve a pintar desenhos com agrado." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "Assistiu ao filme "Um dia depois de amanhã" com interesse." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "Esteve a jogar às cartas com o grupo." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "Esteve por curtos períodos no computador." [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) tendo aderido ao jogo de cartas em grupo, no espaço descobertas" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "Após o jantar esteve a ver o filme o Rio e posteriormente a jogar às cartas." [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "Esteve um período no computador a ouvir música com supervisão." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "Esteve por um período no PC a ouvir músicas de bandas do seu agrado." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "O X [nome do adolescente] no início do turno encontrava-se no PC a ouvir música (...)" [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Esteve por um período no computador a ouvir música (...)" [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Esteve no computador a ouvir música (...)" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Fica na sala a ver T.V. (...)" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Esteve a ouvir música, por períodos (...)"[P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Pede para ver um filme de desenhos animados." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) fica na sala a ver o filme c/ os jovens "O dia depois de amanhã" e posteriormente no computador a ouvir música RAP e a imprimir algumas imagens." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Conseguiu estar na sala de actividades c/ os jovens, sem participar nas actividades, no computador a ouvir música e a imprimir imagens c/ o J* T* [nome de outro adolescente internado], que colocou numa mica." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Após o Almoço esteve no computador a ouvir música (...)" [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "Após o jantar esteve cerca de 30 minutos a ver o jogo Benfica - Barcelona com aparente interesse." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Esteve no computador a ouvir música (Rap crioulo) com interesse (...)" [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Interrompeu a visualização do jogo e esteve por um período no computador e na sala de actividades a escrever a letra de uma música aparentemente interessado. Refere nesta altura estou a escrever uma letra em crioulo." (sic)." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Esteve com o grupo a jogar Party & Co e colaborou na limpeza do "Espaço Descoberta." [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |
| "Participou nas actividades propostas com empenho." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I |

| | | | | |
|---|----|---|------------|---|
| "Participou nas actividades propostas." [P10] | 10 | M | 30-09-2012 | I |
| "(...) jogou por um período Monopólio com o grupo." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "Participou com agrado nas actividades desenvolvidas." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "Participou nas actividades propostas." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I |
| "Fica a assistir ao filme (...)." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "Participou em algumas actividades desenvolvidas pelo grupo." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I |
| "(...) esteve a ver um filme com interesse." [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "Participou nas actividades propostas após estímulo." [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "Esteve preferencialmente a ver televisão - programas televisivos - e o filme (...)." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I |
| "Esteve a ver (T.V.) por períodos - filme: (Madagáscar III) c/ aparente interesse." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "Esteve por um curto período no computador a ouvir música (Floribela) conseguindo cantar nesta altura." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "Esteve um período no computador (...)" [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "Apresentava cuidados de higiene íntima descuidados (...)" [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) no início do turno encontrava-se pouco comunicativa, falando baixinho (...)" [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I |
| "(...) [apresentou-se] pouco comunicativa (...)" [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I |
| "Mantém tom de voz muito baixinho (...)" [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I |
| "(...) [ao longo do turno apresentou-se] comunicativa (...)" [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I |
| "(...) comunicativa." [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | I |
| "(...) comunicativa (...)" [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I |
| "(...) pouco comunicativo à entrada." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I |
| "Comunica espontaneamente c/ o grupo." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I |
| "Pouco comunicativo (...)" [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I |
| "Esteve comunicativo (...)" [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I |
| "(...) contacto fácil." [P4] | 4 | T | 22-09-2012 | I |
| "(...) comunicando quando interpelada." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "(...) esteve comunicativa (...)" [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "(...) contacto evitante, por vezes, sem dirigir o olhar ao encontro da voz e sem responder ao questionado." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "(...) comunicando apenas quando interpelada, apresentando um discurso breve." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "Pouco comunicativa (...)" [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "(...) comunicando apenas quando interpelada (...)" [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |

| | | | | |
|--|----|---|------------|---|
| "(...) comunicando apenas quando interpelada, com discurso breve." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | I |
| "(...) contacto pouco espontâneo c/ os técnicos (...)" [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) tendencialmente menos comunicativa (...)" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "(...) pouca comunicativa." [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |
| "(...) comunicando apenas quando interpelada." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "Contacto agradável (...)" [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) comunicando apenas quando interpelada." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I |
| "(...) esteve mais comunicativa que em turnos anteriores." [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "(...) Contacto ansioso." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I |
| "À chegada apresentava-se contido ao leito, inquieto por períodos, identificando os técnicos como polícias." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "Alterna períodos em que se apresenta mais organizado com períodos em que ameaça os técnicos e se apresenta muito desconfiado referindo: "Tu és Bófia (...) tu andas a passar informações ao meu pai" (sic); "eu sei quem tu és (...) eu vou dar cabo de ti (...) Estás fodido" (sic)." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "[20h30 -] Impaciente, inicia novo período de inquietação, com discurso agressivo: Já vi que não posso confiar em ti, já disse que quero ceiar!" (sic)." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "[Com discurso por períodos] (...) agressivo (...)" [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Contudo, nesse momento fica mais desinibido: "Queres casar comigo?!" [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Na sequência da realização de ECG fica mais inquieto, com delírios paranóides em torno da minha pessoa, tecendo-me ameaças de agressividade verbal." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Nota: Ao longo do turno, oscilou períodos de maior inquietação com discurso de teor agressivo e desorganizado com outros em que apresenta discurso organizado (...)" [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Por momentos elabora falsos reconhecimentos, nomeadamente quanto aos técnicos do sexo masculino a que chama de polícias." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Discurso centrado em fazer um telefonema para a mãe e de que o pai estava no internamento, sem conseguir confiar nos técnicos. Refere várias vezes: "Vou matar o meu pai! Que é isso de bater na minha mãe? Eu vou matar esse gajo! Agora que estou rico, quer roubar-me o dinheiro? Vou matar esse gajo!" (sic)." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "(...) e ideias paranóides. Discurso de conteúdo delirante fazendo falsos reconhecimentos. "Tu és bófia, eu vou-te matar." "Foi o meu pai que fez aquilo... eu sei que apareço no jornal... Quando sair daqui vou matar-te" (sic)." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...) ideias paranóides "O meu pai vai fazer mal à minha mãe... ele veio atrás de mim porque fiquei rico" (sic)." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...) mais reactivo com técnicos do sexo masculino." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...)apresentando comportamento de heteroagressividade verbal por períodos referindo Eu sei que tu és bófia (...) eu hoje vou-te partir toda, vou-te matar. Estás avisada." (sic)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "18h20 - Recebeu a visita da mãe por um curto período mantendo discurso de conteúdo delirante e em torno da alta "Mãe leva-me daqui (...) promete que me levas daqui" (sic) apresentando-se gradualmente mais inquieto e com heteroagressividade verbal dirigida aos técnicos. Quando lhe é dito que a mãe irá embora reage com grande agressividade verbal e ameaça aos técnicos. Refere-me quando nos dirigimos até ao quarto com a mãe: "Diz-me onde é que está o meu pai? Eu sei que ele está embaixo da cama." (sic)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Após a visita do pai apresenta-se muito desconfiado em relação a mim, refere: "Eu sei que tu és bófia e que és informante do meu pai. Onde é que o deixaste escondido?" (sic). Fica acompanhado por outra enfermeira questionando a mesma "Ela é bófia, não é? Eu sei que ela é bófia." (sic)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Apresenta-se inquieto Sai daqui que eu vou-te bater (...) eu já te avisei (...) tu não me enganas!" (sic). [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Apresenta-se inquieto, desconfiado, refere: "Onde é que está o meu pai?" (sic); "Sinto a barriga a explodir" (sic)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Manteve-se ao longo do turno desconfiado, discurso de conteúdo delirante, ideias paranóides (...)" [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "O X [nome do adolescente] no início do turno apresentava-se mais inquieto na sequência de ter realizado colheita de sangue." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |

| | | | | |
|---|---|-----|------------|---|
| "(...) no início do turno apresentava postura tensa, inquieto com agressividade no discurso e ideias paranoides." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Ao longo do turno mantém discurso de conteúdo delirante, ideias paranóides "Tu és bôfia, queres apanhar-me, eu vou-te matar" (sic) Foi o meu pai não foi? Ele quer matar-me e vai bater à minha mãe." (sic)." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Ficou mais tranquilo aceitando o contacto, (...) " [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Mantém também ideias de grandeza "Eu tenho um Ferrari... agora que sou rico" (sic)." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "(...) com ideias persecutórias solicitando que a Enf.ª "não fosse atrás do pessoal" (sic) (...) " [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Fica mais angustiado referindo "está a doer-me o coração!" (sic), ficando mais aflito. (...) Este episódio repetiu-se durante o turno sempre que angustiado (palpitações?)." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Mantém angústia, questionando onde o pai estava "ele está aqui no internamento?" (sic)." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Nesse período a aceitar a proximidade/comunicação com Enf.º do sexo masculino, embora ainda desconfiado." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Recebeu, em seguida, a visita da mãe. Cumprimenta-a ficando bastante angustiado: "O pai bateu-te?!" (sic). (...) levou a mãe para o quarto, apresentando discurso delirante, ideias persecutórias face ao pai. Procura certifica-se que este não entra em casa dele, questionando à Enfermeira se o poderia prender, sem ceder à argumentação." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Refere que tem saudades do [X - nome da localidade], Refere que quando chegar vai ser preso pela "bôfia" (sic)." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Vai questionando se o pai está na Unidade, sem angústia, (...) " [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "Por volta da 1h30, por apresentar agitação/inquietação, agressividade verbal para técnicos do género masculino, ideias persecutórias/desconfiança relativamente à água ingerida: "Não têm "LSD", não têm LSD?"," [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) ao deitar-se comportamento e discurso mais desinibido, relativamente à X [nome de outro adolescente internado], "só me deito se ela se deitar comigo"," [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "(...) quando mais angustiado e ansioso em que fica c/ agressividade verbal (...) " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "(Dor do peito) aparentemente acompanhado de angústia e ansiedade verbalizada no momento, "vou morrer, sei que vou morrer, vê o meu coração, põe o aparelho". " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Alterna na manhã períodos em que fica mais inquieto [com outros em que está mais organizado] (...) " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "[Cerca da 1h30] acorda inquieto, grande agitação psicomotora, grita pelo pai, "quero falar com o meu pai" (sic). "Vão chamá-lo" (sic). Heteroagressividade verbal dirigida aos técnicos. Discurso de conteúdo delirante/paranóide." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "Mantinha discurso delirante mas com mais capacidade de ceder à argumentação." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "(...) fala que o pai lhe bateu porque consumiu cannabis e que fugiu para o "Vasco" (sic). Continua a referir que lhe deram "MD na esquadra da polícia, MD da pesada" (sic) e que após esse acontecimento lhe bateram." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I |
| "(....) (ideias persecutórias face a enfermeira?)." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I |
| "Mantém ideias persecutórias (face à polícia e ao pai - "ele está aqui, né?... o meu pai está preso?") e de contaminação face à água ("tem MD, né?")." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I |
| "Por períodos com discurso ameaçador face a profissionais que reverte (embora com menos facilidade do que em turnos anteriores)." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I |
| "(...) discurso de conteúdo delirante; ideias paranóides "Tu és Bofia! Tás fodida comigo tu aí. Pensas que eu sou parvo" (sic). (...) " [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "[Ao deitar, inquieto refere:] (...) Eu já te avisei, tu saí daqui que eu parto-te toda (sic) apresentando heteroagressividade verbal, nesta altura." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Ao deitar inquieto, levanta-se e deita-se várias vezes, desconfiado "Onde é que está o meu pai?" (sic) "Quero ir embora!" (...) " [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Ao longo do turno apresenta ideias paranóides/contaminação. Sempre que solicitava água referia "Isto tem MD. Tu estás a dar-me M.D. (...) Não quero mais água da garrafa só bebo da torneira." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Apresenta ideias de grandeza "Eu tenho um audi TT e o meu pai sabe porque a minha mãe hoje veio no meu carro" (sic). Ao longo da visita questiona várias vezes o pai "O pai não entra na minha casa pois não?" (sic). (...) " [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Tu não confias em mim mãe? Eles agora estão a disfarçar porque o pai não está cá" (sic), apresentando discurso de conteúdo delirante." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "[O adolescente apresentou] ideias delirantes de conteúdo paranóide e de grandeza. "Agora que sou rico vem atrás de mim... eu vou matá-lo, onde está o meu pai" (sic) "Isto tem MD." (sic)." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "[O adolescente apresentou] ideias paranóides." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I |

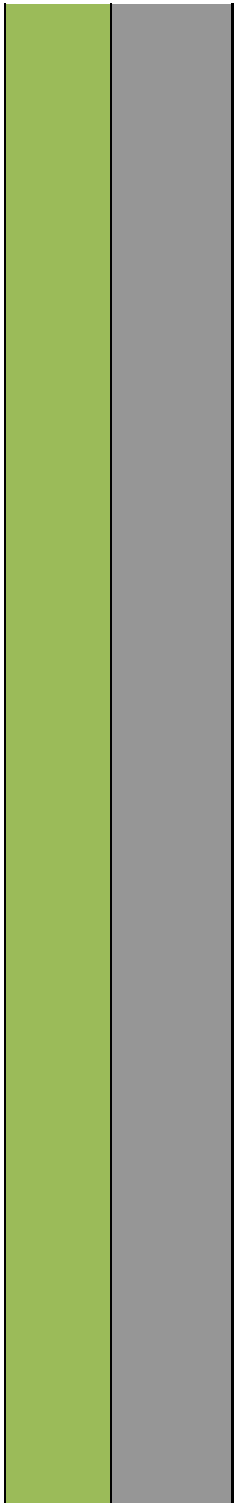
| | | | | |
|---|----|---|------------|---|
| "Cerca das 21h30, hora de deitar discurso desorganizado/ desorientado de conteúdo paranóide. Arrumou várias coisas dos outros meninos no seu armário." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I |
| "[manteve períodos] (...) com ideias de contaminação em relação à água." [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | I |
| "Curtos períodos com alguma agressividade verbal dirigida aos técnicos." [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | I |
| "21h30: Fica deitado. Levanta-se, discurso de conteúdo delirante "Onde é que está o meu pai (...) Eu sei que ele está aqui!" (sic). Tendo-se deitado em seguida." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "22h30: Levanta-se novamente, discurso de conteúdo delirante "Eu sei que ele está aqui (...) Tu não me enganas!" (sic). Verificou se o pai estava na unidade e só após verificar é que se deitou." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Na toma da terapêutica apresenta novamente discurso de conteúdo delirante "Tu tens aí MD na água (...) tu pensas que eu sou parvo? (...) Estás tramada!" (sic)." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "O X [nome do adolescente] no início do turno apresentava discurso de conteúdo delirante, com ideias paranóides "Eu sei que foi a ti que a minha mãe deu o creme que trouxe (...) Tu pensas que eu sou parvo" (sic), mesmo após a mãe confirmar que tinha entregue o creme a outro técnico: "Aí é assim mãe (...) Tu não confias em mim" (sic)." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "(...) um discurso mais ameaçador (...) " [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I |
| "[Cerca das 2h30] apresentando ideias persecutórias, questionando se o pai se encontrava na Unidade." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I |
| "(...) mantendo-se muito inquieta e desconfiada." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | I |
| "Apresenta-se muito desconfiada "Você não me fazem mal pois não?" (sic). Olha várias vezes à sua volta e para trás como se alguém estivesse a persegui-la. Após cear recusa vestir o pijama no W.C. questionando várias vezes "Está aí alguém?" (sic)." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | I |
| "(...) apresentou-se muito assustada relativamente ao envolvimento (...) " [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) com discurso com ideias persecutórias relativamente ao meio: Há pessoas que me querem fazer mal." (sic)" [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) desconfiada durante a colheita de sangue: vão-me tirar todo o sangue? (sic) ?" [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "À hora de almoço a recusar a comida Essa sopa está estragada, não está?" (sic). A certificar-se permanentemente com os técnicos e os jovens que estavam sentados ao pé dela." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "Desconfiada relativamente ao barulho das portas e a todos os estímulos, olhando várias vezes, para se certificar que ninguém iria para o WC, enquanto lhe foram efectuados cuidados de higiene e conforto." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "Muito renitente na mudança de espaços, e com conteúdo persecutório, fizeram-me muito mal, sabia? Tem que me ajudar." (sic)" [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) [manteve grande parte do turno] (...) delírios de ruína (...) " [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I |
| "(...) manteve ao longo do turno, discurso de conteúdo delirante e desorganizado. Estou toda cortada, estou morta por dentro. Foram os meus pais que fizeram isso.""Estão aqui pessoas que me querem fazer mal... eu sei que estão." (sic)." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I |
| "Discurso de ruína mataram-me por dentro... não vê que eu estou morta" (sic). Olha para a mão e refere "a minha mão caiu, não tenho mão" (sic)" [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I |
| "[Durante a visita] - Discurso delirante." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I |
| "Em momento individual, aprofunda a situação. Refere: Estava no meu quarto e entraram uns desconhecidos... e eu tive muito medo." (sic)." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I |
| "(...) delírios de ruína referindo várias vezes. Eu estou morta por dentro (...) estou toda cortada (...) sinto-me mal por dentro" (sic)." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "(...) grande desconfiança; grande angústia chorando por vários períodos "não quero ficar aqui (...) há pessoas a fazer-me mal" (sic)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "(...) referindo na escola fizeram-me mal" (sic) e conseguindo referir que tem medo de ir para o quarto por ter pesadelos." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "(...) com ideias de morte: estou morta por dentro" (sic); muito reactiva ao barulho das portas e ao movimento gerado durante as visitas; olhando para a porta de entrada da unidade referindo:"Estão monstros lá fora" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "(...) difícil de efectuar a colheita para o copo, dada a sua desconfiança." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "Menos desconfiada em relação à alimentação (...) " [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "[Ao longo do turno] (...) delírios de ruína "Eu estou morta (...) estou toda estragada por dentro (...) estou toda partida" (sic)." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "Manteve ao longo do turno desconfiança, assustada (...) fixando o olhar por períodos." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |

| | | | | | | | |
|--|----|-----|------------|---|-------------|---|-----|
| "Discurso de conteúdo delirante em torno das agressões físicas" que terá sofrido. "Tenho a vagina toda cortada. Agora é que você vai ver o que me fizeram" (sic)." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | |
| "[Durante a visita com alterações] do pensamento". [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| "[Enquanto está no computador] mantendo-se angustiada "Estou toda cortada no corpo." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| "Mantém delírios de ruína: "Estou morta por dentro, estou toda estragada, toda partida, estou podre, tenho a cabeça cortada, não tenho cabeça" (sic) (...)" [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| "(...) com actividade produtiva residual." [P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I | | | |
| "(...) referindo várias vezes "Tenho medo (...) estou estragada (...) toda cortada"(sic)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | |
| "[Manteve-se com períodos de] (...) delírios de ruína (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | |
| "(...) por períodos inquieta e com angústia que reverte com mais facilidade após intervenção dos técnicos." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I | | | |
| "Mantém discurso delirante (...)." [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I | | | |
| "Nessa altura, com discurso por períodos desorganizado (...)" [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | COGNIÇÃO | 2 | 15 |
| "(Enquanto estava no computador a ouvir música com) (...) discurso aparentemente coerente e organizado nesta altura." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I | | | |
| "(...) com discurso organizado." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | |
| "(...) [quando mais angustiado e ansioso em que fica] (...) alguma incoerência no discurso; (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | | | |
| "[Alterna inquietação] (...) c/ outros de discurso mais organizado, ao longo do turno (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | | | |
| "O X [nome do adolescente] apresentou, por períodos, discurso desorganizado, imperceptível, em tom de voz baixo, sendo necessário pedir para falar mais devagar." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| "Por períodos com discurso aparentemente mais organizado (...)" [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| "Após o jantar apresenta um discurso mais organizado (...)" [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | |
| "O X [nome do adolescente] apresentou por períodos discurso desorganizado (...)" [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| "(...) discurso organizado." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I | | | |
| "O X [nome do adolescente] apresentou ao longo do turno curtos períodos de discurso desorientado/desorganizado (...)" [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I | | | |
| "O X [nome do adolescente] manteve períodos curtos de discurso desorganizado/desorientado (...)" [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | I | | | |
| "(...) apresentando um discurso mais organizado (...)" [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I | | | |
| "Após o almoço por um período apresentou um discurso mais organizado (...)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | |
| "Manteve ao longo do turno discurso desorganizado (...)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | |
| "(...) manteve ao longo do turno c/ alguma ansiedade relativamente à pesagem de amanhã, centrando o seu discurso p/ diversas vezes neste momento." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I | ADAPTAÇÃO | 8 | 100 |
| "(...) apresentou labilidade emocional ao longo do turno, referindo receio da pesagem, centrado no SOS que teria que tomar à noite para conseguir adormecer." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I | | | |
| "No repouso inicia choro, com dificuldade em se tranquilizar." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I | | | |
| "[Durante a actividade de culinária] Refere que estava irritada por não estar a concordar com o que se estava a fazer." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I | | | |
| "Muito preocupado e ansioso relativamente à dieta e terapêutica prescrita." [P2] | 2 | T | 14-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | | |
| "Ficou angustiada." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | |

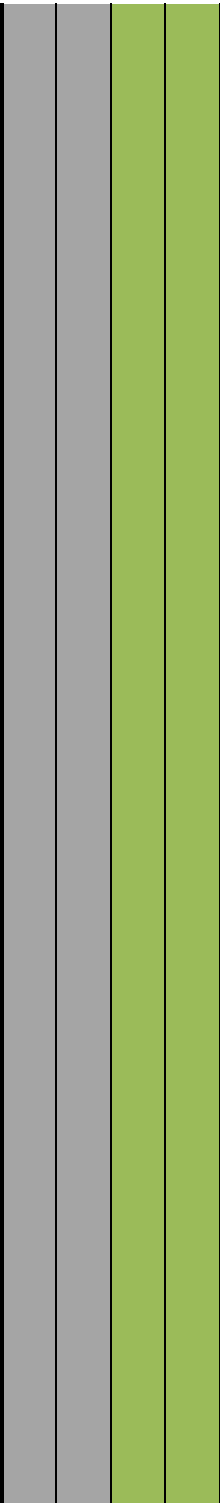
| | | | | | |
|--|----|---|------------|---|----------|
| "(...) manteve-se durante todo o turno com fâcies fechado (...)" [P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I | COGNIÇÃO |
| "(...) apresenta fâcies mais tranquilo (...)" [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies fechado (...)" [P1] | 1 | M | 31-08-2012 | I | EMOÇÃO |
| "(...) apresentou-se com fâcies tranquilo (...)" [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | |
| "(...) apresentou-se com fâcies tranquilo; (...)" [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I | |
| "(...) ao longo do turno, apresentou fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou-se com fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou fâcies tranquilo (...)" [P1] | 1 | M | 03-09-2012 | I | |
| "(...) ao longo do turno, apresentou fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | I | |
| "(...) mantém fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | M | 04-09-2012 | I | |
| "(...) fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I | |
| "(...) permaneceu tranquila (...)" [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou-se fâcies tranquilo (...)" [P1] | 1 | M | 06-09-2012 | I | |
| "(...) apresentava fâcies tenso (...)" [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I | |
| "Nesse momento [acolhimento] apresentava alguma agressividade latente, questiona determinadas regras e não concorda, o que desencadeia choro (...)" [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou-se com alguma labilidade emocional (...)" [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I | |
| "Manteve contacto ansioso, e lábil, nomeadamente quando se aborda o assunto da mãe." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | |
| "Progressivamente mais tranquilo (...) [após episódio disruptivo durante a visita] (...)" [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | |
| "(...) ao longo do turno apresentou fâcies fechado (...)" [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou-se com fâcies tranquilo (...)" [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | |
| "Quando fala dos pais refere ter muitas saudades, ficando choroso." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies tranquilo (...)" [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I | |
| "(...) apresentou fâcies aberto (...)" [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I | |
| "(...) fâcies aberto (...)" [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies tranquilo (...)" [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I | |
| "(...) manteve fâcies triste ao longo do turno." [P2] | 2 | T | 17-09-2012 | I | |
| "Fâcies tranquilo (...)" [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|------------|---|
| "(...) manteve fâcias triste ao longo do turno." [P4] | 4 | T | 17-09-2012 | I |
| "(...) apresentou-se com fâcias tranquilo (...)" [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I |
| "(...) olhar triste." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I |
| "(...) ao longo do turno apresenta um fâcias aparentemente tranquilo." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I |
| "(...) apresentou ao longo do turno fâcias aberto." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I |
| "Apresentava-se um pouco lábil, tendo estado a chorar, referindo ter saudades." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcias aberto, sorriso fácil (...)" [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcias aberto (...)" [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | I |
| "(...) alternou ao longo do turno períodos em que apresenta um fâcias mais triste com períodos em que apresenta um fâcias mais tranquilo." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcias aberto ao longo do turno, sorriso fácil." [P4] | 4 | M | 22-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcias aberto (...)" [P4] | 4 | T | 22-09-2012 | I |
| "(...) ao longo do turno manteve um fâcias aparentemente tranquilo (...)" [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcias tranquilo (...)" [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I |
| "(...) manteve-se tranquilo ao longo do turno." [P4] | 4 | M | 24-09-2012 | I |
| "À entrada apresentava-se com fâcias fechado (...)" [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |
| "[Apresenta] (...) alguma labilidade emocional." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "Quando acordou estava chorosa (...)" [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "[Ao deitar-se] (...) com fâcias fechado." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "[Esteve no espaço descobertas] (...) com um fâcias triste." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Após o jantar, Isola-se no quarto (...) chorosa referindo saudades do Namorado, que não consegue estar sem a sua visita." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcias tranquilo (...)" [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I |
| "(...) no início do turno apresentava um fâcias triste (...)" [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "(...) alternou períodos de fâcias triste, com outros em que se apresenta com fâcias mais tranquilo, aberto." [P6] | 6 | M | 22-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcias aberto (...)" [P6] | 6 | T | 22-09-2012 | I |
| "(...) alternou períodos de fâcias triste, com outros de fâcias aberto/tranquilo." [P6] | 6 | M | 23-09-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcias aberto (...)" [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "(...) apresentou um fâcias aberto." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "Satisfeita por ir de Licença de ensaio." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcias aberto." [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I |
| "Fâcias fechado (...)" [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |



| | | | | |
|---|----|---|------------|---|
| "(...) ao longo do turno manteve um fâcies aparentemente triste (...)" [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "(...) apresentando no final do turno períodos em que sorri e apresenta um fâcies menos fechado." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "(...) manteve-se, ao longo do turno, com fâcies triste." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "Sorri por períodos em contextos de humor." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "(...) manteve maioritariamente ao longo do turno fâcies triste." [P8] | 8 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...) no início do turno apresentava um fâcies triste (...)" [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "(...) ao longo do turno manteve um fâcies aparentemente triste (...)" [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies triste (...)" [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) manteve-se ao longo do turno tranquila." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "(...) manteve-se, ao longo do turno, com fâcies aberto." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies tranquilo, por períodos sorridente (...)" [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies tranquilo (...)" [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) esteve ao longo do turno, com fâcies tranquilo (...)" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "(...) esteve ao longo do turno, com fâcies tranquilo (...)" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "(...) apresentou um fâcies tranquilo. Apresenta um olhar triste mas quando abordada vai sorrindo." [P10] | 10 | M | 30-09-2012 | I |
| "(...) manteve um fâcies triste (...)" [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies tranquilo (...)" [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies triste ao longo do turno (...)" [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I |
| "(...) manteve ao longo do turno fâcies tranquilo (...)" [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "(...) manteve um fâcies aparentemente tranquilo (...)" [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies tranquilo (...)" [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcies tranquilo (...)" [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I |
| "(...) apresentou fâcies tranquilo (...)" [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "(...) manteve fâcies aparentemente tranquilo (...)" [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I |
| "(...) apresentou-se com fâcies aberto (...)" [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) consegue sorrir por períodos junto ao grupo." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "[Manteve peso na pesagem] tendo reagido muito negativamente." [P1] | 1 | N | 03-09-2012 | I |
| "Muito controlador relativamente à sua dieta, procurando falar com a dietista; reajustados os horários." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I |
| "Muito preocupado com o cumprimento da dieta." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I |
| "[Na pesagem] Manteve o peso anterior. Reage com indiferença referindo: "É a primeira vez que não perco peso." (sic)." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | I |



| | | | | | | | |
|--|----|---|------------|---|----------------------|---|----|
| "(...) humor eutímico." [P6] | 6 | T | 22-09-2012 | I | | | |
| "Humor eutímico." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor eutímico." [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor deprimido." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor deprimido (...)" [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I | | | |
| "Humor deprimido." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I | | | |
| "Humor tendencialmente deprimido (...)" [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I | | | |
| "Humor eutímico." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor aparentemente eutímico." [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor aparentemente eutímico." [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| "[Apresenta] (...) labilidade emocional "Eu vou morrer, se morrer deixo tudo à minha mãe..." (sic), neste momento fica choroso e angustiado." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | | |
| "(...) humor tendencialmente deprimido." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| "(...) humor deprimido." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I | | | |
| "(...) humor eutímico." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I | | | |
| "(...) humor aparentemente eutímico." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I | | | |
| "(...) humor eutímico." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I | | | |
| "(...) humor aparentemente eutímico." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I | | | |
| "(...) manteve-se ao longo do turno com humor deprimido, lábil por períodos." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | |
| "[Nota:] Orientado no tempo, espaço e pessoa." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | COGNIÇÃO | 1 | 2 |
| "[Cerca das 2h30] procura proceder à higiene corporal, questionando se durante o dia teria alta. Alguma dificuldade em ceder à argumentação dos profissionais" [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I | | | |
| "Fez chamada telefónica para a técnica A* com quem esteve a conversar adequadamente." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 1 | 2 |
| "Realizou chamada telefónica para a instituição, tendo decorrido bem." [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I | | | |
| "(...) A mãe referiu à posteriori [da visita] que lhe parece que a filha apresenta um discurso mais centrado na alimentação e no peso, do que no internamento anterior. (...)" [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 7 | 12 |
| "Foi ao passeio ao exterior com a mãe, no regresso a mãe verbaliza à enfermeira que a [jovem] está mais centrada na alimentação e tudo o que tem a ver com: "Foi ao bar lanchar e a [jovem] inicialmente não entrou, posteriormente, como viu que eu não cedia, senta-se na mesa de costas para mim." (sic-mãe)." [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | I | | | |
| "A mãe ligou verbalizando que o X lhe tinha referido que sentia fome. Coloca algumas questões referentes ao aumento da dieta." [P2] | 2 | T | 17-09-2012 | I | | | |
| "Os familiares vieram de manhã, trazer os seus objectos pessoais." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I | | | |
| "Recebeu a visita dos pais, no Espaço Descobertas. A mãe apresenta discurso centrado nos aspectos negativos do jovem, sobrepondo-se à tentativa de comunicação da enfermeira. "Vocês aqui não estão a actuar sobre o comportamento dele." (sic), referindo que se ele não sasse para um projecto no exterior que assinava a sua alta clínica.Vai reportando-se várias vezes que sempre o traz à consulta, como se verificasse esta acontecimento. Remetida para momento individual, que posteriormente pede para telefonar caso seja necessário." [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| "Recebeu a visita da mãe e do pai. A mãe no início da visita inicia com o [adolescente] discurso em tom de voz alto referindo-se ao horário do H.D. [Hospital de Dia] e que este se sobrepõe ao horário dos irmãos." [P4] | 4 | M | 22-09-2012 | I | | | |
| "Mãe apresentou interacção mais ajustada [durante a visita] " [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----|---|------------|---|-------------------|---|----|
| | "17h15 a mãe veio à unidade trazer roupa." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | |
| | "Mãe no final da visita refere que acha a X mais estável." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I | | | |
| | "Recebeu a visita. Pai contentor." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | |
| | "O pai veio à unidade entregar a roupa, tendo também dado um beijinho à filha." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I | | | |
| | "A mãe procurou saber a evolução clínica da filha." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | |
| Avaliar percepção | "Ao deitar-se pareceu-me alheada, olhando para as paredes e tectos (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | COGNIÇÃO | 3 | 19 |
| | "Veste-se no quarto após grande estímulo, mostra a mama aos técnicos referindo: "Eu estou toda cortada estás a ver?" (sic). Refere ainda "Eu não me sinto bem. Sinto que tenho um bicho dentro de mim." (sic)." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | I | | | |
| | "[Apresentava] (...) desfragmentação do corpo." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I | | | |
| | "Alterações da percepção corporal: furaram-me os olhos e esvaiu-se em sangue"; "tenho cortes por todo o corpo, quer ver (?)" ; a tocar-se constantemente, e a procurar estar junto dos técnicos." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I | | | |
| | "Em momento individual refere que um homem vestido de preto está a segui-la, muito angustiada." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I | | | |
| | "(...) manteve grande parte do turno olhar angustiado, actividade produtiva, com alucinações visuais (...). Verbaliza estragaram-me toda" (sic). Levanta a roupa e mostra "não vê como eu estou toda cortada... eu não tenho dedos" (sic) "não posso urinar cortaram-me a vagina" (sic)." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I | | | |
| | "Recebeu a visita dos pais. Discurso circular à volta da alta aqui há monstros, eu não posso ficar aqui, eu vou morrer" (sic) "eu sei que não vou melhorar, eu não tenho saída" (sic)." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I | | | |
| | "Toca várias vezes a região genital referindo terem-na cortado" (sic)." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I | | | |
| | "Alucinações visuais não está a ver os monstros... estão ali aquele olhos pretos, muito grandes a olhar para mim" (sic)" [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | | | |
| | "Olhar, quase em permanência assustado, olha em várias direcções mas principalmente para trás." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | | | |
| | "Alterações da percepção "Estás a ver as minhas mãos? Estão cheias de cortes (...) atrás de mim está ali um homem (...) estou a ver ali uns pés" (sic)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | |
| | "Estão monstros lá fora"; [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | |
| | "Na hora de deitar, mantém receios, na luz de presença apagada (...) quando vê os peluches na cama, refere os monstros estão atrás dos mesmos (...)" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | |
| | "Manteve alucinações visuais "Estão aqui monstros (...) vão fazer-me mal (...) eu estou a ver coisas muito feias (...) olha para as minhas mãos e para as minhas pernas estão todas cortadas" (sic), mexe na barriga e levanta a camisola "vês estou toda cortada" (sic);" [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I | | | |
| | "(...) alucinações visuais "Tenho muito medo, está ali um monstro (...) estão ali pessoas, eu estou a vê-las e vão fazer-me mal" (sic); grande angústia." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| | "[Durante a visita com] alterações da percepção (...)" [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| | "Manteve ao longo do turno fácies assustado, olhar fixo e desconfiado, olha várias vezes à sua volta para confirmar se está alguém." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I | | | |
| | "[Manteve-se com períodos de] (...) alucinações visuais. [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | |
| | "(...) alucinações visuais, verbaliza ver ladrões e um menino. [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I | | | |
| Avaliar processo de pensamento | "Apresenta bloqueios de pensamento (...)" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | COGNIÇÃO | 2 | 5 |
| | "Períodos de bloqueios de pensamento. Fica parada, olhar fixo, grande preplexidade." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | | | |
| | "Apresenta aparentes bloqueios de pensamento." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | |
| | "Mantém bloqueios de pensamento." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | |
| | "(...) aparentes bloqueios de pensamento (...)" [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I | | | |
| Avaliar processo familiar | "Teve a visita dos pais, tendo decorrido de forma afectuosa (...) Despediu-se bem." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | PROCESSO FAMILIAR | 8 | 50 |

| | | | | |
|---|---|-----|------------|---|
| "Teve a visita da mãe que decorreu de forma tranquila." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I |
| "Foi passear ao exterior com os pais, regressou com fácies aberto (...)" [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I |
| "Foi ao exterior com os pais em passeio. Sorridente, descontraída. Fácies aberto." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita do avô e posteriormente da mãe. Decorreu sem intercorrências." [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | I |
| " (...) no início do turno encontrava-se na reunião familiar. Durante a mesma fica muito choroso (...)" [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita dos pais. Esteve no Espaço Descobertas com os mesmos. Comunicativo." [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita (...) Despediram-se bem." [P4] | 4 | M | 24-09-2012 | I |
| "Na presença da mãe foi extremamente agressiva verbalmente com esta." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |
| "Fez um telefonema para a mãe com quem falou de forma tranquila e tentou ligar para o namorado mas não conseguiu." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "Quando prepara a roupa para a realização do cuidado de higiene refere-se à mãe com agressividade lactente no discurso." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "Foi comunicado à jovem que a mãe veio visitá-la e a jovem refere querer ter a visita da mãe. A jovem salientou que sim." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "[Na visita] A mãe deu-lhe um abraço e a X deu-lhe um beijo." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "A jovem refere que gostou de ter a mãe, mas por um período esteve chorosa, salientando que ficou zangada por a mãe dizer à médica que a jovem lhe tinha dito que tinha um espírito com ela e isso é só para ficar entre ambas." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Despediu-se de forma afectuosa." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "A mãe telefonou para a unidade. Falou com a jovem que esteve afectuosa e tranquila." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I |
| "17h30 - Recebeu a visita da mãe com quem conversou de forma tranquila. Cumprimentou a mãe no início da visita e na despedida de forma afectuosa." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "[Em conversa com a enfermeira] (...) fica chorosa, "Não sei o que se passou e ele [irmão] ainda não falou comigo, "Estava à espera que me viesse ver" (sic). Verbaliza que vai falar com a mãe para lhe pedir para ele vir amanhã." [P6] | 6 | M | 22-09-2012 | I |
| "Recebeu visita da tia e madrinha no espaço descobertas; sem intercorrências." [P6] | 6 | T | 22-09-2012 | I |
| "(...) verbaliza relativamente à preocupação que tinha expressado ontem sobre o seu irmão "Está tudo resolvido, ele vai esquecer tudo... disse que já tinha esquecido o bilhete e eu também já esqueci." (sic) [P6] | 6 | M | 23-09-2012 | I |
| "(...) apresentava-se na visita da mãe e irmã, no início do turno. Fácies aberto; sorriso fácil. Despediu-se sem intercorrências." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I |
| "(...) recebeu a visita da madrinha. Fica bastante satisfeita. Esteve afectuosa, comunicativa com esta." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I |
| "20h00 - Recebeu a visita da mãe, permanecendo tranquila." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita da mãe e esteve a conversar de forma afectuosa e boa relação afectiva entre ambas." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "Fez chamada para o Tio J* com que entrou em desacordo quando o tio lhe devolve que lhe dá dinheiro para ela "comprar droga" (sic)." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita da mãe por um curto período, apresentando-se tranquilo durante a mesma. A mãe emociona-se durante a visita referindo estar satisfeita com a evolução feita." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "Fez 2 telefonemas para a mãe com quem falou tranquilamente." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Recebeu a visita do pai com quem esteve choroso e afectuoso referindo "Eu não volto a fazer... desculpa pai... eu não te queria fazer aquilo" (sic). " [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "17h10 - Recebeu a visita do pai por um curto período. Durante a visita questiona o pai várias vezes "Tu confias em mim pai?? Mas tu naquele dia não confiaste porque?" (sic). Pai apresenta postura contentora reforçando junto do X [nome do adolescente] a importância de estar internado e confiar nos técnicos da unidade. Despediu-se do pai sem dificuldade." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Pedi para telefonar à mãe ficando menos inquieto ao saber que esta está a chegar à unidade." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Fez um telefonema para a mãe e falou com o pai também de forma afectuosa mas quando desliga a chamada refere "Ai se ele bate na minha mãe, eu lá fora vou matá-lo" (sic)." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |

| | | | | |
|--|----|-----|------------|---|
| "Esteve a falar de episódio de agressão que supostamente o pai lhe dirigiu. O pai tenta orientá-lo para a realidade, vai referindo que nesse período ele estava preso e que, por isso não lhe bateu nessa altura. Pergunta-lhe: "O que é que fizeste antes? (sic). À despedida, choroso, angustiado, com ameaças verbais dirigidas à Enfermeira." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "17h: Os pais vieram efectuar visita, fica muito angustiado, recusa a visita do pai, refere várias vezes "ele é muito esperto, agora que estou rico, ele vem atrás de mim, meu pai nunca mais"(...) " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Aceita receber a visita da mãe, mantém-se muito ansioso e agitado durante a mesma, c/ discurso gritante c/ a mãe "Mãe ele tocou-te, diz que ele tocou-te, tu tens medo", perante a negação da mãe, mantém a mesma pressão "Se ele tocar na mãe.... eu mato-o". " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Consegue despedir-se da mãe (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Feita a ligação para n.º de telemóvel que a mãe indicou, p/ falar c/ a irmã (...) mas quem responde é o pai, agitado, muito aflito "diz que não quer nada com ele, que se vai embora", e desliga o telemóvel, refere estar com raiva c/ muita raiva e manda a mãe embora, "tu vieste com ele, ele está lá em casa", tranquilizado pela enfermeira, arrepende-se e pede para a mãe voltar, recebe-a c/ a enf.* no quarto, continua muito ansioso, mas promete controlar-se, pede à mãe para o levar que o médico já lhe deu alta, reforçados os padrões de realidade e continua a remeter-se que deve falar c/ o s/ médico 2ª feira." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Quer falar c/ a irmã X [nome do irmão do adolescente], por curto período, consegue falar calmamente s/ a irmã c/ irmão X [nome do irmão do adolescente], a Escola [nome da escola do adolescente](...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Assim que X [nome de outro jovem internado] chegou à Unidade procura interromper a visita do pai, saindo várias vezes da sala dos computadores." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Fez um telefonema para a mãe com quem falou de forma afectuosa, questionou onde a mãe estava e se estava bem." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "[Durante a visita] A mãe parece apresentar maior capacidade contentora." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I |
| "Recebeu a visita do pai e posteriormente da mãe. Com o pai manteve-se distante, mas tranquilo, conseguindo permanecer cerca de 30' na visita. Posteriormente recebeu a visita da mãe períodos de discurso circular referindo "ele bateu-me" (sic)." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I |
| "Às 15h recebeu a visita da mãe; discurso mais centrado em saber onde está o pai; se ele já chegou; se está em casa da mãe." [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | I |
| "18h: Recusou receber a visita do pai. Após o pai sair da unidade questiona "Ele já saiu? Onde é que ele está?" (sic)." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Deu continuidade à visita com a mãe questionando a mesma "O pai não te faz mal pois não?" (sic). Despediu-se sem dificuldade." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Tentou ligar à mãe várias vezes ao longo do turno mas esta não atendeu. Ligou para a irmã (...) tendo atendido o pai referindo: "Tu não entras na minha casa (...) Ouve tu não entras" (sic) desligando o telefone em seguida." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Realizou telefonema para a mãe com quem conversou de forma afectuosa." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I |
| "Procurou falar com os familiares ao telefone, de forma afectuosa." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I |
| "17h - Recebeu a visita dos pais. Manteve-se ao longo da mesma chorosa. (...) Contudo manteve a decisão de querer manter os pais na visita." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I |
| "Recebeu a visita dos pais. Mais tranquila que em turnos anteriores. Dormitou no colo da mãe. Pais muito próximos, quase intrusivos." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I |
| "Recebeu a visita da mãe e prima com tranquilidade, momento final da visita com angústia de separação que reverte com facilidade." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I |
| "(...) acaba por referir que fez o que fez [tentativa de suicídio] porque o irmão fez uma coisa que ela não gostou." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "Em conversa com a enfermeira fala da T.S. [tentativa de suicídio], verbaliza, "Não sei bem o que aconteceu, há muita coisa que eu não me lembro. Não sei porque é que escrevi aquilo sobre o meu irmão" (sic). (...)" [P6] | 6 | M | 22-09-2012 | I |
| "(...) mais próxima da X e da Y, (...)" [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I |
| "[Após o jantar esteve] (...) a conversar." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I |
| "Mais próxima em termos relacionais da X [nome de adolescente]." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I |
| "(...) [ao longo do turno apresentou-se] mais próxima da X." [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I |
| "Próximo dos técnicos e do jovem C." [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | I |
| "Contacto agradável." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I |
| "(...) próxima do grupo." [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I |
| "(...) interagindo preferencialmente com a X." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I |

| | | | | |
|--|---|---|------------|---|
| "(...) Mais isolado do grupo." [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I |
| "(...) quando estimulado comunica de forma adequada com técnicos." [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I |
| "(...) Interage com os técnicos principalmente quando abordado." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I |
| "Interagiu preferencialmente quando abordado." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I |
| "(...) evidencia contacto sintónico e adequado na relação com o grupo de pares e profissionais." [P2] | 2 | T | 14-09-2012 | I |
| "Comunica espontaneamente com os profissionais, discurso fluente." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I |
| "(...) adequado na interacção c/ os técnicos e os jovens." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I |
| "Mais isolado do restante grupo (...)" [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I |
| "Próximo do grupo a interagir de forma espontânea." [P2] | 2 | T | 17-09-2012 | I |
| "Próximo do grupo de pares." [P4] | 4 | T | 17-09-2012 | I |
| "Contacto agradável, mais próximo do D(...) [jovem internado]." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I |
| "Qdo estimulado, interage com o grupo (...)" [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I |
| "(...) a interagir de forma espontânea com o grupo, estando mais próximo do D. [jovem internado]." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I |
| "[Esteve] com bom contacto." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I |
| "(...) no início do turno encontrava-se no quarto, na companhia do jovem D. [jovem internado]." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | I |
| "Esteve integrado no grupo de pares, principalmente, próximo do jovem D. [jovem internado]" [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | I |
| "Mais próximo do D. [jovem internado] (...). Contacto agradável com pares e com técnicos." [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | I |
| "(...) próximo do jovem D. [jovem internado] (...)" [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I |
| "19h00 - Esteve no quarto com o jovem D*, apresentando agressividade latente no discurso." [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I |
| "Após o jantar esteve junto do grupo com quem interagiu de forma adequada." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | I |
| "(...) interagindo de forma adequada com o grupo e técnicos." [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I |
| "Atento às necessidade dos outros, oferecendo ajuda para organizar/ arrumar o material." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I |
| "Esteve próximo do grupo de pares; e principalmente da jovem A.L. [jovem internada]." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I |
| " Despediu-se afectuosamente da técnica." [P4] | 4 | M | 25-09-2012 | I |
| "Ao longo do turno, tentou isolar-se no quarto de confinamento, recusando interagir com o grupo." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |
| "(...) procurando a jovem uma proximidade dos técnicos. Apresenta tendência para se isolar do grupo (...)" [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "(...) ter telefonado ao Namorado no qual decorreu de forma tranquila (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Posteriormente veio para a sala e socializou com o grupo, estando muito comunicativa com a B* N* [nome de adolescente internada] B*F* [nome de adolescente internada] e com o I* [nome de adolescente internada]." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Esteve sempre próxima do grupo, interagindo de modo ajustado com o mesmo. Principalmente, próxima dos jovens P. [nome de adolescente internada] e P. [nome de adolescente internada]." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I |
| "(...) [durante o jogo] conseguindo interagir com o grupo e técnicos de forma ajustada." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |

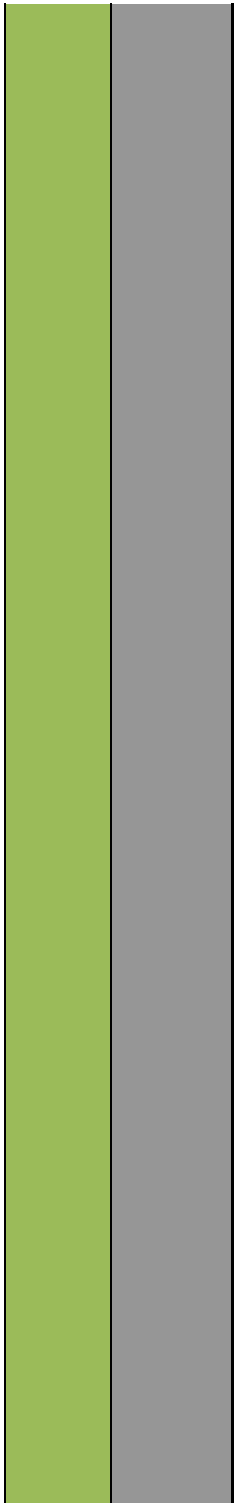
| | | | | |
|--|---|---|------------|---|
| "Realizou telefonema ao namorado no final do turno apresentando-se mais lábil após o telefonema referindo saudades." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "Interagiu de forma adequada com o grupo de pares." [P6] | 6 | T | 22-09-2012 | I |
| "Grande parte do turno próxima do grupo apresentando uma postura empática/compreensiva com os colegas e começando a perceber as suas dificuldades sem ser intrusiva." [P6] | 6 | M | 23-09-2012 | I |
| "(...) [esteve] em grupo." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "Interagiu com o grupo e equipa." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "Telefonou ao Namorado. Comunicou de forma afectuosa." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "NOTA: Após telefonema com o namorado ficou um pouco mais agitada tendo necessitado de ir por curto período ao espaço descoberta com um técnico." [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I |
| "[Durante a actividade] Pouco comunicativa. Predominantemente sem interagir com o grupo de pares. Ainda assim, mais próxima da jovem S.C." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "[Recusa participar nas actividades de grupo] embora seja ela que, posteriormente, se aproxima do grupo." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Esteve na sala, afastada do grupo." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Procura isolar-se do grupo de pares." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Quando proposta ajuda para a realização de actividade, refere com agressividade latente "eu não preciso de ajuda" (sic)." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Alterna períodos em que se isola do grupo com períodos em que de forma espontânea integra as actividades de grupo, mas mantendo contacto inibido." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "(...) próxima do grupo." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "Bem inserida [no grupo]." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "Interagiu maioritariamente quando solicitada." [P8] | 8 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...) isolando-se por períodos." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "Procura isolar-se por períodos no quarto." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | I |
| "(...) procura isolar-se p/ períodos." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "Após o jantar c/ o grupo c/ discurso demonstrativo sobre os seus consumos." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "Próxima do grupo." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "Próxima do grupo." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "(...) [apresentou] discurso mais demonstrativo relacionado c/ os seus comportamentos fora da unidade." [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | I |
| "(...) bem integrada no grupo de pares." [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) próxima do grupo (...)" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "Esteve por um período no quarto a jogar uno com a X [nome de outro adolescente internado] , X [nome de outro adolescente internado] e enfermeira." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "Nessa altura [enquando estava no PC a ouvir música] mais tranquilo, a tolerar o toque. Contacto agradável." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Perante a minha presença inicial reage com educação, cumprimentando-me adequadamente." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Por períodos aceita estar junto ao grupo, interagindo adequadamente com os mesmos." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Consegue interagir em grupo, estando por períodos no computador com os outros jovens." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |

| | | | | |
|--|----|-----|------------|---|
| "(...) consegue estar em interacção com uma das jovens do grupo." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "[Enquanto ouve música] (...) com contacto cordial. Pergunta se quer que ele tire os auscultadores do computador para a Enf." ouvir música."[P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) interagiu por momento c/ o grupo, especialmente c/ o J* T* [nome de outro adolescente internado] na manhã." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Esteve após a refeição das 11h no Espaço Descoberta c/ os jovens e os técnicos ajudou a limpar o Espaço Descobertas. Ouviu música , esteve sentado ao sol tranquilamente." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Manteve-se junto do grupo (...)" [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Manteve-se por períodos junto do grupo a ver televisão." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Esteve mais tranquilo conseguindo interagir com o grupo por períodos." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "Começa a interagir por períodos com os outros jovens (...)" [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | I |
| "Integra grupo de pares a ver filme." [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | I |
| "(...) interagindo de forma mais ajustada com o grupo e técnicos." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Junto ao grupo fica com fâcias mais aberto" [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |
| "Próxima do grupo." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I |
| "Interage de forma adequada com o grupo de pares." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "(...) mais próxima das restantes colegas." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "Próxima dos outros jovens." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I |
| "Próximo dos pares, contacto adequado." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "Contacto agradável com pares e técnicos." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I |
| "Interagiu com o grupo de pares espontaneamente." [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "(...) interagindo de forma adequada com o grupo e com os técnicos." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I |
| "Apresenta-se contentora com os pares." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I |
| "Procura o contacto físico com os técnicos, dando a mão aos mesmos (...)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "A interagir por periodos com os colegas; (...)" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "A procurar o toque e a aproximação dos profissionais." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "Quando está em grupo, mantem-se muito assustada, olhando várias vezes para trás e à sua volta (...)." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "Próxima do grupo mas sem interagir." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "(...) isolada do grupo (...)"[P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I |
| "Participa por períodos na dinâmica de grupo." [P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I |
| "Manteve-se junto ao grupo (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I |
| "Procura por períodos a presença dos técnicos junto de si, dando a mão ao mesmos." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I |
| "Conseguiu estar mais próxima do grupo e [durante a actividade terapêutica] Aceita ajuda das outras jovens." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I |

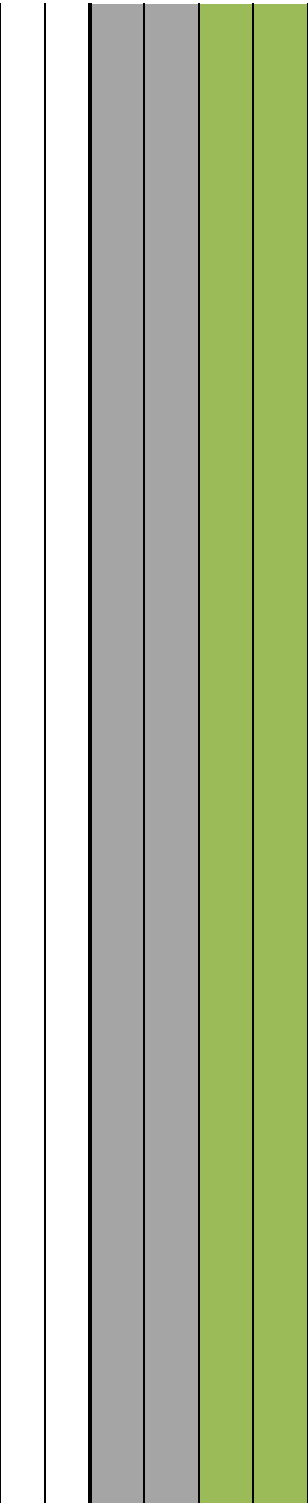
| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|------------|------------|---|-------------|---|----|---|-----|
| Supervisionar | | "Esteve na presença dos técnicos, menos apelativa que em turnos anteriores, pede para estar perto dos técnicos." [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I | | | | | |
| | Avaliar stress do prestador de cuidados | "A mãe ligou cerca de 4 vezes ao longo do turno, verbalizando grande preocupação e ansiedade relativamente a esta situação." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | ADAPTAÇÃO | 1 | 1 | | |
| | Supervisionar autocuidado: arranjar-se | "Antes do jantar realizou depilação das pernas com supervisão da enfermeira." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | 8 | 311 |
| | Supervisionar autocuidado: higiene | "Realizou os cuidados de higiene." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 8 | 30 | | |
| | | "Autocuidou-se no WC." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Realizou os cuidados de higiene." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Procedeu à higiene oral." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Realizou os cuidados de higiene." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Procedeu à higiene oral (...)" [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Por volta das 8h autocuidou-se no WC; (...)" [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Fez higiene oral (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | | | |
| | | "[21h00 -] Procedeu à higiene oral (...)" [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I | | | | | |
| | | "[21h00 -] Procedeu à higiene oral (...)" [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Fez higiene oral após a ceia." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Procedeu à higiene oral (...)" [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Realizou cuidados de higiene oral." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Após a ceia realiza os cuidados de higiene." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Autocuidou-se no WC, depois de ceiar." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I | | | | | |
| | | "[21h00 -] Procedeu à higiene oral (...)." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | |
| | | "(...) iniciou cuidados de higiene e conforto." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Cuidados de higiene no WC c/ supervisão." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | E | | | | | |
| | | "21h:] Realizou cuidados de higiene no W.C. com supervisão." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | | | |
| | | "(...) pelas 7h30 foi efectuar os cuidados de higiene e fica na sala." [P9] | 9 | N | 02-10-2012 | I | | | | | |
| | | "Autocuidou-se com supervisão." [P9] | 9 | M | 02-10-2012 | E | | | | | |
| | | "[21h:] (...) Realizou cuidados de higiene oral." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I | | | | | |
| | | "Autocuidou-se no WC." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I | | | | | |
| | | "Realizou cuidados de higiene." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I | | | | | |
| "Realizou os cuidados de higiene." [P10] | | 10 | M | 02-10-2012 | I | | | | | | |
| "Realizou cuidados de higiene no oral no W.C." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I | | | | | | | |
| "Procedeu à higiene oral (...)" [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I | | | | | | | |

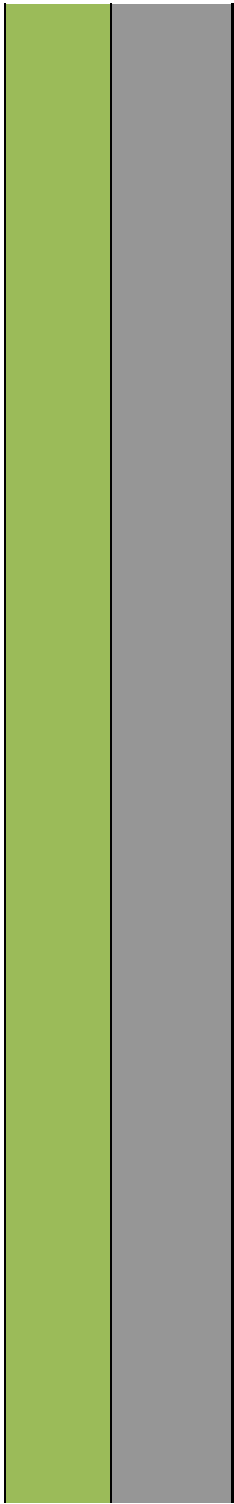
| | | | | | | | |
|--|----|---|------------|---|-------------|---|-----|
| "Autocuidou-se no WC." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I | | | |
| "Autocuidou-se no WC." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | |
| "(...) no início do turno realizou os cuidados de higiene no WC com supervisão." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | E | | | |
| "Alimentou-se razoavelmente ao almoço, após ser retirada sonda nasogástrica." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 8 | 133 |
| "Ingeriu a dieta, sem ideias de contaminação." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | COGNIÇÃO | | |
| "Á ceia, comeu a totalidade da refeição." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | NUTRIÇÃO | | |
| "Ao jantar alimentou-se da sopa + 1/2 do 2º prato; deixou a salada; comeu a fruta." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | | | |
| "Cumpriu dieta." [P1] | 1 | N | 31-08-2012 | I | | | |
| "Ingeriu a totalidade das refeições." [P1] | 1 | M | 31-08-2012 | I | | | |
| "Ceou na totalidade." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | | | |
| "Ao jantar comeu a sopa + 1/2 do arroz e peixe. Deixou os legumes. Comeu a fruta." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | I | | | |
| "Cumpriu dieta na totalidade." [P1] | 1 | N | 01-09-2012 | I | | | |
| "Efectuou restrição alimentar, ao almoço (deixou 1 batata e 4 couves bruxelas). Não ingeriu a fruta." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I | | | |
| "Ao jantar deixou 1/2 da massa e 1 almondega, verbalizando que era muita comida para o habitual." [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I | | | |
| "Ceou na totalidade (...)" [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | I | | | |
| "Alimentou-se da dieta prescrita." [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | I | | | |
| "Jantou na totalidade." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I | | | |
| "Lanchou na totalidade." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | I | | | |
| "Ingeriu refeições na totalidade." [P1] | 1 | M | 03-09-2012 | I | | | |
| "[Cumpriu dieta] (...) à ceia" [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | I | | | |
| "Cumpriu dieta ao jantar (...)" [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | I | | | |
| "Ao almoço deixou 1/5 do frango e +- 1/2 do arroz." [P1] | 1 | M | 04-09-2012 | I | | | |
| "Alimentou-se de quase totalidade da dieta, não ingerindo a fruta por referir não gostar de melão." [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I | | | |
| "Ao almoço fez restrição alimentar (deixou 1/2 do peixe e das batatas)." [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I | | | |
| "Ceou na totalidade." [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | I | | | |
| "Jantou na totalidade." [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | I | | | |
| "Ingeriu refeições na totalidade. Recusou 1/2 de fruta." [P1] | 1 | M | 06-09-2012 | I | | | |
| "Cumpriu dieta (...)" [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I | | | |
| "7H - Ingeriu a totalidade." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | I | | | |
| "Sem restrição alimentar; com muita rigidez no momento das refeições." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I | | | |

| | | | | |
|---|---|---|------------|---|
| "Cumpriu a totalidade da dieta." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade da refeição." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | I |
| "Cumpriu a dieta na totalidade (...)" [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da dieta." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I |
| "Às 7H00, ingeriu a totalidade da dieta" [P2] | 2 | N | 14-09-2012 | I |
| "13h - Alimentou-se do almoço." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I |
| "Alimentou-se do pequeno-almoço." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta (...)" [P2] | 2 | T | 14-09-2012 | I |
| "Ingeriu a dieta na totalidade." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta (...)" [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I |
| "Fez a refeição na totalidade às 7h." [P2] | 2 | N | 16-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta prescrita." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I |
| "Ceou." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I |
| "Ingeriu o jantar na totalidade." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade da dieta." [P2] | 2 | N | 17-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da dieta prescrita, procurando sempre validar c/ o enfermeiro o aumento da dieta." [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta às refeições." [P2] | 2 | T | 17-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade das refeições (...)" [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I |
| "Alimentou-se às refeições." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta (...)" [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I |
| "Ceou bem." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade das dietas." [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade das refeições." [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I |
| "Alimentou-se às refeições." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P4] | 4 | T | 22-09-2012 | I |
| "Alimentou-se às refeições." [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I |
| "Ingeriu refeições com apetite." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I |
| "Tomou o Peq. Almoço." [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | I |
| "Ao jantar comeu 2 colheres de sopa + 2 garfadas do 2º prato, recusou a fruta. À ceia, comeu uma bolacha." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |

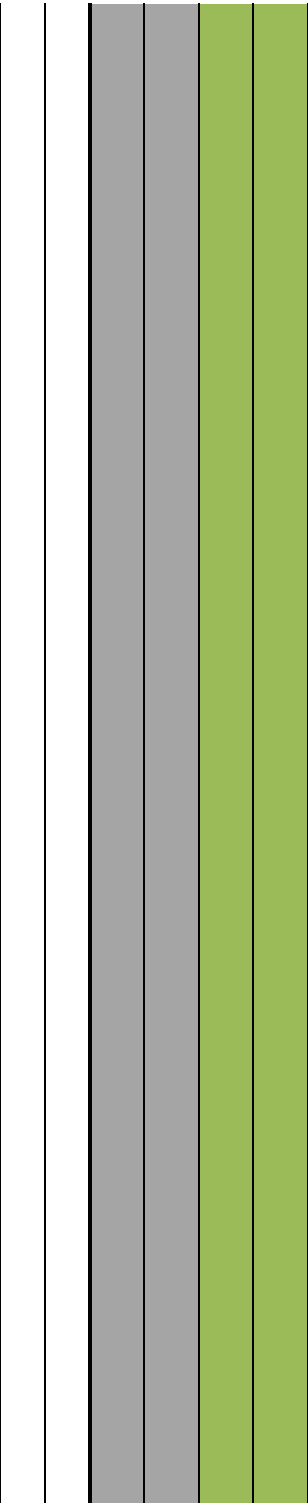


| | | | | |
|---|---|-----|------------|---|
| "(...) [Tomou o] pequeno-almoço." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "Ao jantar ingeriu a sopa e a fruta." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Apresentou pouco apetite: - Pequeno-almoço: 2/3 do leite e 3/4 do pão; - 11h: recusou; Almoço: Ingeriu sopa e banana; Lanche: recusou." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I |
| "19h - Alimentou-se razoavelmente ." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "21h - Ceou, recusando as bolachas." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P6] | 6 | T | 22-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade da dieta, com agrado." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I |
| "21h00 - Ceou." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade da dieta." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I |
| "Alimentou-se (...)" [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "Alimentou-se das refeições." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade das refeições." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "Recusou almoçar." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "Cumpriu a dieta." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I |
| "Cumpriu dieta." [P8] | 8 | M | 27-09-2012 | I |
| "Ceou." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "Jantou." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "Jantou na totalidade." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | I |
| "Cumpriu dieta." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I |
| "Cumpriu dieta prescrita." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da dieta." [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições." [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | I |
| "18h - Ingeriu um hambúrguer (trazido pela mãe) e um iogurte com agrado." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Ao jantar cumpriu a sopa + 2/3 garfadas do 2º prato + fruta, por se encontrar saceado." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Pede para cear no quarto." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "[5h45 -] Nessa altura refere fome. Ingere um iogurte + queque." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "Alimentou-se (...)" [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |





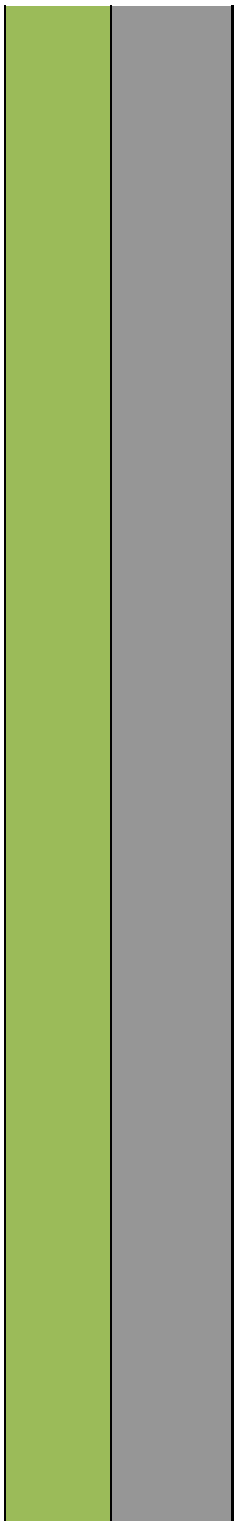
| | | | | |
|---|----|-----|------------|---|
| "[20h50] Ceou." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Jantou." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "21h00 - Ceou." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) acaba por referir fome, oferecido leite morno açucarado que recusa, ingere apenas algumas bolachas de chocolate." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) e lanchou." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Alimentou-se bem ao jantar (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Almoçou c/ os jovens no Espaço D. (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Ceou (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "21h: Ceou." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Alimentou-se razoavelmente." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta e apresenta um apetite voraz." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "21h: Ceou." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Alimentou-se com grande apetite." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I |
| "Cumpru dieta na totalidade." [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |
| "Cumpru dieta, contestando alguns dos alimentos." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I |
| "[Cumpru] (...) plano alimentar (excepto ao almoço que deixou as couves)." [P10] | 10 | M | 30-09-2012 | I |
| "Cumpru a totalidade da dieta às refeições, com excepção da cenoura ao jantar." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "Cumpru refeição das 7h." [P10] | 10 | N | 01-10-2012 | I |
| "Cumpru esquema alimentar (...)." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta prescrita." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I |
| "Alimentou-se do almoço." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "Alimentou-se do pequeno-almoço." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "Cumpru a totalidade da dieta às refeições." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I |
| "Cumpru dieta." [P10] | 10 | N | 03-10-2012 | I |
| "Cumpru esquema alimentar (...)." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I |
| "Ingeriu a totalidade da dieta." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I |
| "Alimentou-se da totalidade da dieta (...)" [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I |
| "Sem restrição alimentar." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I |
| "(...) ingeriu um copo de leite." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | I |
| "Não ingeriu a sopa, nem o 2º prato; só alimentou-se de alguns pedaços de laranja (1/2)." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |



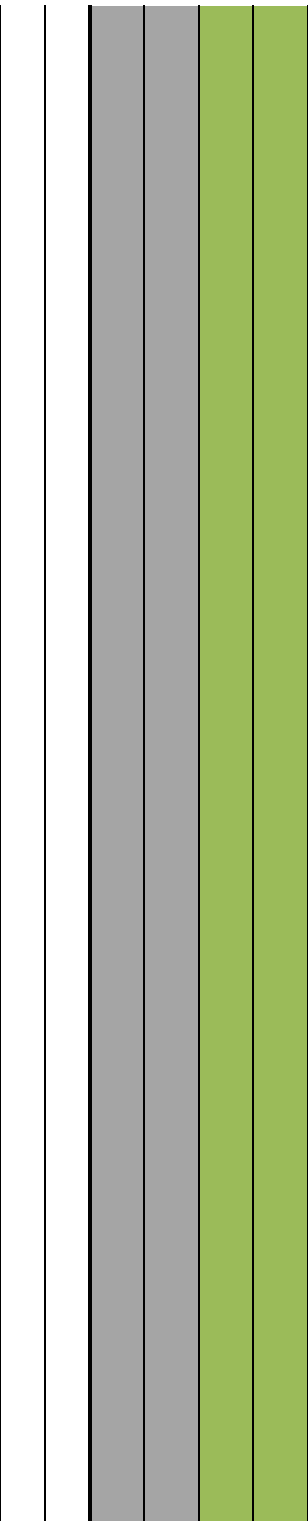
| | | | | |
|--|----|---|------------|---|
| "Ao jantar alimentou-se da sopa e 2/3 do segundo prato com ajuda da enfermeira. Recusou a ceia." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I |
| "Aceitou alimentar-se de um iogurte e uma sandes ao P.A. Ao almoço alimentou-se da totalidade da sopa e de 2/3 do prato principal." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I |
| "16/19/21h - Lanchou razoavelmente. Jantou a sopa + 1 garfada de peixe + banana. Ceou um leite + 3 bol. maria." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | I |
| "Ao almoço ingeriu a sopa e a gelatina na totalidade e 1/3 da dieta do 2º prato." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "Ao pequeno-almoço ingeriu 1/2 do iogurte e pão na totalidade. (...) Às 11h aceitou ingerir apenas a fruta sendo necessário estímulo." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "(...) ingerindo com apetite a totalidade da dieta." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "[13h30 -] Recusa ingerir o almoço (...)" [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "Lanchou na totalidade." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "[20h45 -] Ceou." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I |
| "Alimentou-se razoavelmente com insistência." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I |
| "13h - Ingeriu a sopa e 2 garfadas do 2º prato. Recusou a fruta." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "Ao pequeno-almoço ingeriu a totalidade da dieta." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "Alimentou-se na totalidade da deita, (...)" [P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I |
| "Alimentou-se às refeições." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I |
| "Alimentou-se adequadamente com algum incentivo." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I |
| "Alimentou-se bem às refeições (...)" [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I |
| "[Cumpriu] (...) repouso." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso (...)" [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I |
| "[Cumpriu] (...) repouso." [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I |
| "Após o jantar, durante o repouso tenta manipular o mesmo c/ período de leitura." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I |
| "14h - Cumpriu repouso." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I |
| "(...) cumpre respectivo repouso." [P2] | 2 | T | 14-09-2012 | I |
| "Cumpriu repousos." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I |
| "(...) cumpriu repouso." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I |
| "Após a situação [episódio de epistáxis] continuou o repouso mais tranquilo." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso." [P2] | 2 | T | 17-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I |
| "Cumpriu repouso (...)" [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |

| | | | | |
|---|----|-----|------------|---|
| "Cumprir repouso (...)" [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I |
| "Cumprir repouso (...)." [P10] | 10 | M | 30-09-2012 | I |
| "Cumprir o repouso." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I |
| "[Cumprir] repousos." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I |
| "Cumprir repouso." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I |
| "[13h] Cumprir repouso." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "[9h] Cumprir repouso." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I |
| "Cumprir o repouso." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I |
| "[Cumprir esquema] (...) de repousos." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I |
| "Cumprir repouso." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I |
| "Cumprir o repouso." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I |
| "(...) no início do turno encontrava-se a dormir." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "Esteve a dormir por um período verbalizando grande dificuldade em dormir ao longo da noite." [P6] | 6 | M | 23-09-2012 | I |
| "(...) dormiu por um curto período." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "[Na sala] (...) vai dormindo por períodos." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Por volta das 10 horas acordou veio até à sala (...)" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "Dormiu após a refeição no sofá da sala e no quarto(...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Dormiu por 30 minutos a meio da manhã e por se manter calmo não foi administrado Cloropromazina das 11h." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I |
| "(...) sono superficial." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | I |
| "Ao acordar angustiada, grita." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I |
| "16h - Mantém-se a dormir." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I |
| "(...) acabando por adormecer cerca das 12h." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I |
| "Acaba por adormecer no colo de um técnico na sala de estar após o almoço." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "Só consegue adormecer em sono superficial (...)" [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | I |
| "[Ao longo da sesta] apresentando sono superficial (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno um sono aparentemente tranquilo." [P1] | 1 | N | 31-08-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo." [P1] | 1 | N | 01-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono tranquilo ao longo do turno." [P1] | 1 | N | 02-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo." [P1] | 1 | N | 03-09-2012 | I |
| "(...) dormiu por longos períodos, sono aparentemente tranquilo." [P1] | 1 | N | 04-09-2012 | I |

| | | | | |
|---|---|---|------------|---|
| "Dormiu por longos períodos um sono aparentemente tranquilo." [P1] | 1 | N | 05-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo." [P1] | 1 | N | 06-09-2012 | I |
| "Após a ceia foi dormir." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | I |
| "(...) no início do turno apresentava-se acordado refere não ter sono." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | I |
| "Às 0H30 adormeceu (...)" [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo da noite sono tranquilo (...)" [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | I |
| "(...) [Após comer e urinar] deitou-se novamente." [P2] | 2 | N | 14-09-2012 | I |
| "(...) dormiu por longos períodos, sono aparentemente tranquilo." [P2] | 2 | N | 14-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo no decorrer do turno." [P2] | 2 | N | 15-09-2012 | I |
| "(...) fica no leito no final do turno em aparente sono tranquilo." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo." [P2] | 2 | N | 16-09-2012 | I |
| "[Após administração de medicamento para insónia] com efeito, adormecendo após a toma." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | I |
| "(...) dormiu, ao longo do turno, sono facilmente despertável." [P2] | 2 | N | 17-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo durante o turno." [P2] | 2 | N | 18-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono aparentemente calmo e profundo no decorrer do turno." [P4] | 4 | N | 18-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo de toda a noite. Sono aparentemente calmo e reparador." [P4] | 4 | N | 19-09-2012 | I |
| "23h - Adormeceu." [P4] | 4 | N | 20-09-2012 | I |
| "Dormiu ao longo da noite um sono aparentemente tranquilo." [P4] | 4 | N | 20-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo. [P4]" | 4 | N | 21-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo ao longo do turno." [P4] | 4 | N | 22-09-2012 | I |
| "Dormiu um sono calmo e tranquilo durante a noite." [P4] | 4 | N | 23-09-2012 | I |
| "Adormeceu em seguida [após se deitar no leito]." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I |
| "(...) dormiu por longos períodos, acordou cerca das 7h00." [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | I |
| "Fica deitada, ainda acordada." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |
| "(...) dormiu toda a noite em sono aparentemente tranquilo." [P6] | 6 | N | 20-09-2012 | I |
| "(...) manteve-se a repousar até cerca das 10h30, altura em que foi acordada (...)" [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo da noite um sono aparentemente tranquilo." [P6] | 6 | N | 21-09-2012 | I |
| "(...) no início do turno refere que não consegue dormir. Pede um comprimido, referindo que em casa se deitava por volta das 4 horas." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | I |
| "[Mesmo após adopção de estratégias não farmacológicas] (...) salientar que não está a conseguir adormecer e pede medicação." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | I |



| | | | | |
|---|---|-----|------------|---|
| "00h30 adormeceu (...)" [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | I |
| "Às 6H acordou referiu que não tinha mais sono e manteve-se tranquila no Quarto." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | I |
| "(...) dormiu, ao longo da noite, sono tranquilo." [P6] | 6 | N | 23-09-2012 | I |
| "4h30 - Desperta. Pede para trocar tampão por se manter menstruada." [P6] | 6 | N | 23-09-2012 | I |
| "Refere estar há algum tempo com insónia e pede comprimido." [P6] | 6 | N | 23-09-2012 | I |
| "[21h00 -] (...) deitou-se no leito, apresentando dificuldade em adormecer." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I |
| "(...) por volta das 22h00 dirigiu-se à sala de actividades pedindo o (SOS); por dificuldades em adormecer." [P6] | 6 | N | 24-09-2012 | I |
| "Dormiu à posteriori [após toma de terapêutica]" [P6] | 6 | N | 24-09-2012 | I |
| "[21h00-] (...) deitou-se no leito." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno um sono aparentemente tranquilo." [P6] | 6 | N | 25-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno com um sono aparentemente tranquilo." [P6] | 6 | N | 26-09-2012 | I |
| "(...) deitou-se no leito, adormecendo em seguida." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I |
| "(...) dormiu um sono aparentemente tranquilo ao longo da noite." [P8] | 8 | N | 26-09-2012 | I |
| "Sono tranquilo ao longo do turno." [P8] | 8 | N | 27-09-2012 | I |
| "Dormiu sono tranquilo e reparador." [P8] | 8 | N | 28-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno sono aparentemente tranquilo." [P8] | 8 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo da noite um sono aparentemente tranquilo." [P8] | 8 | N | 30-09-2012 | I |
| "(...) dormiu p/ períodos ao longo do turno." [P8] | 8 | N | 01-10-2012 | I |
| "Foi ao WC voltando ao leito. Dormiu até ao fim do turno." [P8] | 8 | N | 01-10-2012 | I |
| "(...) dormiu em aparente sono tranquilo durante todo o turno." [P8] | 8 | N | 02-10-2012 | I |
| "21h15 - Adormece em sono aparentemente agitado, acordando várias vezes, com sono facilmente despertável. Numa das vezes deambula pelo serviço e regressa novamente ao leito. Aparentemente com sono inquietado por pesadelos, falando várias vezes enquanto dorme." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "(...) dormiu sono muito agitado e superficial". [P12] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "2h30 - Despertou espontaneamente para ir ao WC(...). Regressou ao quarto onde voltou a adormecer." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "5h45 - Despertou novamente." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "O X [nome do adolescente], ao longo do turno, dormiu longos períodos em sono tranquilo. Contudo, mantém períodos de inquietação com pesadelos relacionados com o pai." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "[20h] (...) sono agitado" [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "21h30 - Fica a dormir, sono agitado, gritando por períodos: "Pai; Pai; Pai" (sic)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Incialmente também recusa deitar-se. " [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I |
| "Acordou cerca das 2h00 (...) À saída do w.c. recusa deitar-se (...) Acaba por adormecer mas sempre mantendo sono superficial. Cerca das 6h00 acorda espontaneamente, assustado." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | I |



| | | | | |
|--|----|-----|------------|---|
| "O X [nome do adolescente] encontrava-se a dormir no início do turno. Sono agitado e superficial, gritando "pai" (sic)/ "enfermeira" (sic), com discurso em tom assustado. Quando interpelado, encontrava-se a dormir." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | I |
| "[21h00 -] (...) deitou-se no leito, adormecendo (...)" [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I |
| "(...) acordou cerca das 22h30, com tom de voz agressivo - chamando pelos familiares: "Oh pai, oh pai..." (sic), assustado (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) c/ efeito 1h/após a toma (SOS) [para insónia]." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "Às 4h30, com despertares nocturnos, chamando "Oh mãe, oh mãe".. "Oh pai, oh pai"; muito transpirado; (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "Mantém sono agitado/ reactivo, com pesadelos (?); despertares nocturnos, mas acaba por tranquilizar-se." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "Nota: Acordou às 8h00 (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "Tranquilizou-se por longos períodos, com sono superficial e facilmente reactivo." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "22h: Sem conseguir adormecer, inquieto, levanta-se e volta-se a deitar. Acaba por pedir o "comprimido para adormecer" sic " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Adormece cerca das 22h45" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Cerca da 1h30 acorda (...)" [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "Cerca das 4h50 foi ao WC conseguindo voltar para o quarto (...)" [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "Dorme em sono agitado a gritar pelo pai." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "Dorme em sono tranquilo/menos agitado." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | I |
| "O X [nome do adolescente] encontrava-se a dormir no início do turno. Sono agitado, vai gritando por períodos embora adormeça em seguida. Acorda cerca das 1h00, (...) Na restante noite mantém sono superficial. Acorda às 6h00 (...)" [P9] | 9 | N | 01-10-2012 | I |
| "6h: Voltou a acordar, aceita ficar no quarto (...)" [P9] | 9 | N | 02-10-2012 | I |
| "Dormiu p/ períodos. Ciclos de sono profundo c/ outros mais superficial, falando alto durante o sono." [P9] | 9 | N | 02-10-2012 | I |
| "P/ 2h30 acordou (...)" [P9] | 9 | N | 02-10-2012 | I |
| "(...) Cerca das 3h30 acorda, novamente (...) Refere que não tem sono, encontrando-se, realmente, desperto." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I |
| "Cerca das 2h30 o X [nome do adolescente] acorda (...) Na restante noite com sono superficial, acordado (...)" [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I |
| "Volta, novamente, a repousar, acordando, com o mesmo comportamento às 4h30 e 5h30 (...) Manteve sono superficial, embora encontrando-se menos desperto e com sono mais contínuo, embora superficial." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno em sono aparentemente tranquilo" [P10] | 10 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo da noite por longos períodos" [P10] | 10 | N | 30-09-2012 | I |
| "(...) dormiu ao longo do turno em sono aparentemente tranquilo" [P10] | 10 | N | 01-10-2012 | I |
| "(...) dormiu em aparente sono tranquilo durante todo o turno." [P10] | 10 | N | 02-10-2012 | I |
| "(...) dormiu, ao longo do turno, sono tranquilo." [P10] | 10 | N | 03-10-2012 | I |
| "(...) deitou-se no leito, adormecendo em seguida." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I |
| "(...) dormiu por longos periodos, sono aparentemente tranquilo." [P10] | 10 | N | 04-10-2012 | I |
| "(...) dormiu aparentemente um sono tranquilo ao longo da noite." [P10] | 10 | N | 05-10-2012 | I |
| "22h30 - "Fica a dormir." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | I |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------------------|---|----|---|------------|---|-------------------|---|----|---|-----|--|
| | | "(...) dormiu ao longo da noite um sono agitado por períodos que alternou com períodos em que apresentou um sono mais tranquilo." [P12] | 12 | N | 05-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "Cerca das 21h40 já no quarto, grita, com dificuldade em adormecer, angustiada." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) manteve-se ao longo da noite a dormir um sono agitado; manteve-se por períodos a gemer; (...)" [P12] | 12 | N | 06-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "Cerca das 7h acordou com os próprios gritos, durante o sono; (...)" [P12] | 12 | N | 06-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) manteve-se a dormir em sono profundo até cerca das 10h30." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) dormiu, ao longo do turno, sono aparentemente tranquilo. Apenas por uma vez acordou, chamou pela mãe, (...) " [P12] | 12 | N | 07-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "Acabando por adormecer. [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) dormiu por longos períodos, sono tranquilo." [P12] | 12 | N | 08-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) dormiu por longos períodos, sono superficial." [P12] | 12 | N | 09-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) apresenta sono superficial durante todo o turno (...)" [P12] | 12 | N | 10-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "[Durante a reunião comunitária], acabando por adormecer" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "Após a ceia foi descansar." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I | | | | | | |
| | Supervisionar uso de meias elásticas | "[Recusa] (...) retirar as meias de contenção com que permanece durante a noite, mesmo após insistência." [P9] | 9 | N | 11-10-2012 | E | CIRCULAÇÃO | 1 | 1 | | | |
| Vigiar | Vigiar acção da criança | "Também refere tonturas sempre que se levanta. " [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I | ACTIVIDADE MOTORA | 5 | 15 | 8 | 116 | |
| | | "Deambulou acompanhado pela unidade." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "Às 14h50 após levantar da cadeira na sala de actividades teve tontura com perda de força nos MI [membros inferiores] o que motivou queda sem consequências." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) agride-me com a mão." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | ADAPTAÇÃO | | | | | |
| | | "O X [nome do adolescente] apresentou ao longo do turno períodos em que fica mais inquieto, com agressividade latente (...) Por dois momentos fica mais agressivo dirigindo-se aos técnicos tentando agredi-los fisicamente. " [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "(Enquanto estava no computador a ouvir música com) (...) apresentando interacção mais ajustada [não agressiva] (...)" [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "Por volta das 15 horas fica mais inquieto com agressividade dirigida aos técnicos fazendo ameaças com uma cadeira." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "Fica angustiado, com agressividade dirigida a objectos-porta." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "[Acorda cerca das 1h00.] (...) gritando pelo pai, tendo dificuldade em ouvir os enfermeiros, com comportamento de oposição. Refere que quer falar com o pai para pedir desculpa. Fica no quarto acompanhado pela A.O. acabando por adormecer. [Acorda às 6h] (...) querendo telefonar ao pai, com comportamento de oposição face aos profissionais. Grita, procura entrar no quarto das rapazes para falar com o X [nome de outro jovem internado]" (sic), sem respeitar o sono dos outros. Quando contrariado, reage com ameaças ("ai é assim? Então vou ficar aqui em pé à espera" sic)." [P9] | 9 | N | 01-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "(...) com comportamento de oposição (...)" [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | I | | | | | | |
| | | "Tenho vontade de me cortar e de fazer mal a mim própria (sic). " [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | | | | | |
| | | "Após a ceia e ao deitar mais excitado, com maior dificuldade em adequar o comportamento." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I | EMOÇÃO | | | | | |
| | | "Ao deitar apresenta-se mais inquieto e excitado. (...)" [P4] | 4 | N | 20-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "[Após o jantar] (...) comportamento mais desinibido com X [nome de outra jovem internada], procurando o contacto físico com a mesma." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | | | | |
| | | "Antes do jantar apresenta-se mais desinibido referindo Oh X [nome de outro adolescente internado] porque é que tu não me apresentas a tua irmã?" (sic) "Que idade é que ela tem?" (sic)." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I | | | | | | |
| | Vigiar adesão ao regime terapêutico | "(...) aderiu ao seu regime terapêutico." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 6 | 20 | | | |

| | | | | |
|--|----|-----|------------|---|
| "(...) cumpriu terapêutica." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I |
| "[Depois de propostas estratégias] (...) que cumpriu, conseguindo falar sobre o sucedido." [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I |
| "À ceia, inicialmente recusa fazer medicação oral (...)" [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | I |
| "Aceitou terapêutica P.O.." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I |
| "(...) cumpriu terapêutica." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I |
| "Recusou participar na banca das guloseimas." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I |
| "Inicialmente recusa cumprir terapêutica." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I |
| "15h - Cumpriu terapêutica prescrita." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I |
| "(...) cumpriu [terapêutica] sem receios referindo apenas que não gosta muito de "tomar muitos comprimidos" (sic)." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Proposta terapêutica em SOS que recusa." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I |
| "(...) cumpriu terapêutica." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "(...) [antecipada medicação do P. Almoço] (...) que aceitou tomar (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I |
| "(...) cumpriu terapêutica." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "[Cumprir] (...) terapêutica" [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | I |
| "[Cumprir] (...) terapêutica" [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I |
| "Aderiu ao seu regime terapêutico." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | I |
| "Aceita melhor a medicação. [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I |
| "(...) tendo cumprido respectiva terapêutica. [P12] | 12 | T | 09-10-2012 | I |
| "(...) cumpriu terapêutica. [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I |
| "[Após administração de medicamento para dor de cabeça], tendo revertido." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | I |
| "Refere dores musculares principalmente nos braços e costas." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I |
| "Mantém queixas de dores musculares nos membros superiores e inferiores." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I |
| "Mantém queixas a nível muscular (...)" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I |
| "(...) apresenta queixas algícas localizada no hemitórax direito e médio sem irradiação para o braço (...)" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I |
| "Teve dejectões de características habituais (sic)." [P1] | 1 | M | 31-08-2012 | I |
| "Não evacuou." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I |
| "(...) não teve dejectões." [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I |
| "(...) não evacuou." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I |
| "(...) não evacuou." [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I |
| "De acordo com o mesmo, evacuou ontem e hoje." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I |

SENSAÇÕES

2

5

ELIMINAÇÃO

5

13

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|---|----|------------|------------|----|-------------|---|----|
| | | | "Evacuou fezes moldadas em moderada quantidade." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | I | | | | |
| | | | "(...) não teve dejeçções (não evacua desde 5ª feira [27/09/2012])." [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I | | | | |
| | | | "Não evacuou." [P10] | 10 | T | 01-10-2012 | I | | | | |
| | | | "Refere não ter evacuado." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I | | | | |
| | | | "Não tem dejeçções." [P10] | 10 | M | 03-10-2012 | I | | | | |
| | | | "Refere que não evacuou." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I | | | | |
| | | | "Evacuou fezes duras." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | | |
| | | | Vigiar eliminação vesical | "(...) manteve recusa em ir ao WC (...);" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | AUTOCUIDADO | 5 | 16 |
| | | | | "Urinou duas vezes ao longo do turno, por insistência." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou (...)" [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I | ELIMINAÇÃO | | |
| | | | | "Com frequência a ir ao WC urinar." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | I | | | |
| | | | | "(...) levantando-se várias vezes para urinar." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | I | | | |
| | | | | "(...) foi ao WC urinar." [P2] | 2 | N | 14-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou (...)" [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Foi várias vezes ao WC urinar." [P2] | 2 | N | 17-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou (...)" [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I | | | |
| | | | | "[2h30 -] urinou." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou em grande quantidade." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Foi ao wc urinar; (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou (...)" [P10] | 10 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | | | | "Ao longo do turno só urinou uma vez." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | I | | | |
| | | | | "Ao longo do turno urinou apenas uma vez antes de realizar os cuidados de higiene." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | |
| | | | | "Urinou em gde quantidade;" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | I | | | |
| Vigiar hábitos de repouso | "Alternou períodos de repouso no quarto (...)" [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I | REPARAÇÃO | 5 | 13 | | | |
| | "(...) Por períodos esteve a descansar no quarto." [P2] | 2 | M | 13-09-2012 | I | | | | | | |
| | "Esteve a descansar p/ um período." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I | | | | | | |
| | "Esteve a descansar por um período no leito." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I | | | | | | |
| | "Descansou por períodos." [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | I | | | | | | |
| | "Fica a repousar no quarto." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | I | | | | | | |
| | "Após o almoço esteve a descansar no leito." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | I | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--|----|-----|------------|---|--------------------|---|----|
| | | "(...) repouso por um período no leito." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I | | | |
| | | "Fica a repousar no leito." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 | I | | | |
| | | "[Após o Almoço] foi por um curto período para o quarto." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | | "16h - Acordou." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I | | | |
| | | "Após o almoço estive a descansar no quarto (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | |
| | | "Após o almoço estive a descansar no quarto (...)" [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | I | | | |
| | Vigiar ingestão de líquidos | "Fez reforço hídrico." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 3 | 3 |
| | | "[Cumpriu] (...) reforço hídrico." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | VOLUME DE LÍQUIDOS | | |
| | | "(...) cumpriu reforço hídrico." [P10] | 10 | M | 04-10-2012 | I | | | |
| | Vigiar processo familiar | "(...) recebeu chamada telefônica da mãe." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I | PROCESSO FAMILIAR | 4 | 5 |
| | | "Após o almoço recebeu a visita dos pais e irmãos (...)." [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I | | | |
| | | "Fez chamada para o pai." [P8] | 8 | T | 26-09-2012 | I | | | |
| | | "Após o jantar, telefonou para a tia, queria falar com a Avó." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | | | |
| | | "Telefonou à mãe e confirmou a visita no período da tarde. Também telefonou à prima V." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | | | |
| | Vigiar relação dinâmica | "Realizou contacto telefónico para namorado." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I | INTERACÇÃO SOCIAL | 1 | 1 |
| | Vigiar respiração | "Por não reverter foi encaminhado par a sala, onde mantém sintomatologia." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | RESPIRAÇÃO | 1 | 2 |
| | | "22h10 - Inicia tosse seca, referindo sentir uma impressão na garganta (sic)." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | Vigiar resposta aos medicamentos | "Refere que após introdução de terapêutica se sente sonolento." [P2] | 2 | M | 15-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 4 | 12 |
| | | "[Administração de terapêutica] (...) que surtiu efeito." [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | I | | | |
| | | "[O efeito extrapiramidal] (...) reverteu, ao fim 10 minutos." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | |
| | | "20H.15M apresentou rigidez do pescoço, oculogira bilateral e língua Presa." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | |
| | | "13h00 - Inicia rigidez mais acentuada do pescoço e protusão da língua." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| | | "14h00 - Fica mais tranquila, sem rigidez muscular." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| | | "[Mantém] (...) sialorreia" [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | | |
| | | "Apresenta tremores finos, sialorreia em pequena quantidade." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| | | "(...) e tremores finos." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | | "(...) lentificação da marcha (...)" [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | | "Apresenta sialorreia abundante (...)" [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | I | | | |
| | | "Ao longo do turno apresentou tremores finos." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | I | | | |
| | Vigiar sonolência | "20h30 - Refere sonolência e pede para cear." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | REPARAÇÃO | 2 | 11 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|---|---|--|------------|------------|-------------------|----------------------|---|----|-------------------|-----------|--|--|
| | | | "20h - Adormeceu no cadeirão, (...) 20h50 - Acordou" [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "12h - Apresentava-se bastante sonolento solicitando p/ ir descansar." [P2] | 12 | M | 14-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Apresentou-se sonolenta após o almoço não conseguindo adormecer. Postura vigil (...)" [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Apresenta-se sonolenta, tendo sido acompanhada até ao quarto (...)" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "(...) apresentando-se muito sonolenta nesta altura [durante almoço] (...)" [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "20h45 - Muito sonolenta." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Mais sonolenta que em turnos anteriores." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "[Durante a reunião comunitária] (...) acabando por adormecer." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Manteve-se ao longo do turno sonolenta (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Adormeceu no sofá após o jantar." [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | <u>Gerir</u> | Aplicar | Aplicar meias elásticas | "[14h50 -] Colocadas meias de contenção." [P9] | 9 | M | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecer limites | Estabelecer limites à criança | | "22h - Após postura firme adequada." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | E | ACTIVIDADE MOTORA | 1 | 2 | 1 | 2 | | | |
| | | | "[Na sequência de maior inquietação e excitação na hora de dormir] Necessário adoptar postura mais firme." [P4] | 4 | N | 20-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Optimizar | Optimizar ambiente | | "[Assutado] Pede para profissional acender a luz para a ver, acabando por se tranquilizar desse modo." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | I | COGNIÇÃO | 3 | 9 | 6 | 25 | | | |
| | | | "[Na hora de deitar, mantém receios, na luz de presença apagada,] ficando acesa; " [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "Inicialmente com luz de presença acessa, mas depois apagou-se. [P12] | 12 | N | 08-10-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Fica novamente muito assustada. Foi encaminhada para o quarto onde mantém alterações da percepção e do pensamento francas." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "Foi encaminhada para o quarto onde mantém alterações da percepção e do pensamento. [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "(...) pede para deitar-se e ficar com a luz acessa." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | I | | | | | | REPARAÇÃO | | |
| | | | "Mantém necessidade de luz de presença acessa durante a noite, inclusivamente procurou que os estores ficassem ligeiramente levantados." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "Fica com luz de presença ligada." [P6] | 6 | N | 24-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "[21h00 -] (...) deitou-se no leito, adormecendo com a luz de presença ligada." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | Optimizar papel parental | "[Perante discurso em tom de voz alto da mãe] a enfermeira intervém verbalizando que poderiam ver essas questões [relacionadas com o projecto terapêutico] em equipa e que estas questões poderiam deixar o [adolescente] nervoso (?) não dependendo dele a sua resolução adopta discurso com agressividade latente, numa postura confrontativa e de permanente questionamento do projecto terapêutico. Alterna este discurso com períodos de discurso em que assume um tom de voz baixo e postura aparentemente concordante." [P4] | 4 | M | 22-09-2012 | E | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | 1 | 2 | | | | |
| | "Necessária mediação constante da visita [da família]. [Apesar de pouco receptiva à intervenção da enfermeira] (...) com insistência, acaba por aceitar conversar no final, após a visita." [P4] | | | 4 | M | 24-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | Optimizar processo familiar | | | " [Durante a visita] (...) fica muito choroso, tendo sido necessário interrompê-la." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | E | EMOÇÃO | 5 | 11 | | | | |
| | | | | "(...) sendo reforçado a importância da visita (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | | | | PROCESSO FAMILIAR | | | |
| | | | | "Nessa altura [chamada com o tio, quando discute com o mesmo] a necessitar de apelar à adequação." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | E | | | | | | | |
| "Suspendida visita."[P9] | | 9 | | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| "(...) reforçado ao jovem que se ele não o deseja o pai não entra (...)" [P9] | | 9 | | M/T | 29-09-2012 | E | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|---|----|---|------------|---|-------------------|---|---|--|--|--|--|
| | | | "17h15: Recebeu a visita do pai, sendo necessário mediar a mesma. Por períodos refere "O pai sabe que eu tenho razão não sabe?" (sic). (...) Despediu-se do pai sem dificuldade (...)" [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | | "18h40: Recebeu a visita da mãe, tendo sido mediada a mesma." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | | "19h: Necessário mediar a despedida." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | | "18h: Fica gradualmente mais inquieto "A minha mãe nunca mais chega? Quero ligar à minha mãe!" (sic). Tentou-se contactar 2 vezes a mãe sem sucesso, posteriormente contactou-se a tia do X [nome do adolescente] que referiu que a mãe estava a chegar, ficando nesta altura o X [nome do adolescente] mais tranquilo." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | | "[Ao longo da visita] (...) Necessária constante mediação." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | | "Nota: Recebeu por um curto período a visita dos pais (...). Refere aos pais Não me deixem aqui sozinha, estou com medo, muito medo" (sic). Necessário mediar despedida." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | Optimizar relação dinâmica | "Apresenta-se mais desinibido nesta altura sendo necessário mediar a interacção com a X [nome de outro jovem internado]." [P9] | 9 | T | 30-09-2012 | E | EMOÇÃO | 3 | 3 | | | | |
| | | | "Necessário mediar comentários depreciativos do jovem D*." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | E | INTERACÇÃO SOCIAL | | | | | | |
| | | | "Necessário mediar a sua relação c/ jovem S. [jovem internada]." [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | E | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|--|-----------------------------|--|------------|------------|-------------|-----------|-----------|---|---|---|----|
| Executar | Clampar | Clampar cavidade nasal | "[No acolhimento, desencadeia] (...) epistaxis. Feito tamponamento com efeito." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | E | CIRCULAÇÃO | 1 | 3 | 1 | 3 | 5 | 25 |
| | | | "Cerca das 6:30h teve um episódio de epistáxis, bilateral abundante que reverteu com compressão." [P2] | 2 | N | 16-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | | "Inicia epistaxis em quantidade reduzida. Retirado da sala para estancamento da hemorragia." [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | E | | | | | | | |
| | Estimular | Estimular ingestão de líquidos | "(...) necessário algum estímulo para o reforço hídrico." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | E | NUTRIÇÃO | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | Executar | Executar [contenção] física | "Nesse momento, por um curto período, foi necessário contenção física pela enfermeira." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 1 | 1 | | |
| | Executar [estratégias não-farmacológicas] | "22h00 - Solicita terapêutica em SOS para adormecer, devolvido que deveria regressar ao leito e tentar fazê-lo. Oferecido leite morno/chá que recusou." [P6] | | | 6 | N | 24-09-2012 | E | REPARAÇÃO | 1 | 1 | | | |
| | Executar terapia de orientação para a realidade | "(...) constante reforço do que se vai combinando com o jovem." [P9] | | 9 | M | 28-09-2012 | E | COGNIÇÃO | 2 | 11 | | | | |
| | | "(...) mas cedendo de imediato à argumentação." [P9] | | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | "(Perante o facto de estar choroso com a despedida do pai) Devolvido que esteve triste por o pai se ir embora mas que este amanhã regressava. Fica mais tranquilo." [P9] | | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | "(...) orientado para a realidade." [P9] | | 9 | N | 29-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "[Durante a visita dos pais] (...) pergunta aos técnicos se o pai está preso, contrapõe-se ao jovem, o espelho da realidade "Sabes que ele não está preso mas não entra aqui, só se tu quiseres", "Mandem prender o meu pai" (...)" [P9] | | 9 | M/T | 29-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "[Durante a visita] (...) continuam a reforçar-se padrões da realidade "Não o podemos fazer, somos enfermeiros, não polícias." [P9] | | 9 | M/T | 29-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "(...) quando securizado e chamado à realidade, consegue adequar o discurso (...)" [P9] | | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | | | | | | | |
| | | "[Os períodos de discurso desorientado/desorganizado com ideias paranóides] (...) revertem à argumentação." [P9] | | 9 | T | 01-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Foi esclarecida sobre o espaço onde estava, os profissionais com que estava a falar; (...)" [P12] | | 12 | M | 05-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Necessário remetê-la para a realidade e desmistificar todos os procedimentos efectuados." [P12] | | 12 | M | 05-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | "[Perante o delírio da criança] (...) remetida para a realidade (...)" [P12] | | 12 | T | 07-10-2012 | E | | | | | | | |
| | Executar terapia de relaxamento simples | "(...) no final [da actividade de relaxamento, referiu] que a actividade o ajudou a descentrar da ansiedade da pesagem." [P2] | | 2 | M | 16-09-2012 | I | ADAPTAÇÃO | 1 | 1 | | | | |
| | Lavar | Lavar criança | "Necessitou de ajuda total durante a higiene." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 2 | 1 | 2 | | |
| | | | "Aceita tomar banho, após grande insistência. Necessita de ajuda total." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | E | | | | | | | |
| | Massajar | Massajar criança | "Após massagem nas costas fica mais tranquilo." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | E | COGNIÇÃO | 1 | 3 | 1 | 3 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|------------------------------|------------|------------|------------|-------------|-----------|---|----|----|----|-----|--|
| | | | "Promovida massagens nas costas que tolera e aceita." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | E | SENSAÇÕES | | | | | | | |
| | | | "Promovida massagem, no leito, na região lombar." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | Preparar | Preparar para o hospital de dia | "Fica arranjado para ida ao Hospital de Dia." [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | Remover | Remover [contenção mecânica] | " 14h50 - Retirada contenção física na totalidade." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| Atender | Apoiar | Apoiar autocuidado: higiene | "(...) no início do turno realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para realizar as actividades de higiene (...) " [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 4 | 1 | 1 | 6 | 116 | |
| | | | "(...) no início do turno realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para realizar o banho (...) " [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "(...) no início do turno realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial a necessitar de indicações simples." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "(...) foi auxiliada nos cuidados de higiene necessitando de ajuda parcial e indicações simples, que cumpre." [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Assistir | Assistir autocuidado: higiene | "7h30: Procedeu à higiene corporal de forma autónoma. Orientado para os seus produtos de higiene (tenta usar os dos outros)." [P9] | 9 | N | 01-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | 2 | 6 | | | |
| | | Assistir autocuidado: ir ao sanitário | "(...) a necessitar de indicações simples para urinar; receio que a porta fique fechada da casa de banho." [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | | | | | |
| | | Assistir autocuidado: vestir-se | "(...) [realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para realizar as actividades de] (...) vestir (...) " [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 2 | | | | | |
| | | | "[Realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para] (...) vestir-se/ (...) " [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | Assistir no autocuidado: despir-se | "(...) [realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para realizar as actividades de] (...) despir-se." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 2 | | | | | |
| | | | "[Realizou cuidados de higiene no WC com ajuda parcial necessitando de indicações simples para] (...) despir-se (...) " [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | Atenuar | Atenuar angústia de separação | "Com angústia de separação da mãe. Choro, gritando pela mãe, sendo necessário contê-lo para que pudesse separar-se da mãe." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | E | EMOÇÃO | 1 | 1 | 3 | 11 | | | |
| | | Atenuar ansiedade | "Tranquilizado sobre o mesmo [momento da pesagem], resalvando que um peso é apenas o reflexo do seu projecto terapêutico." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | E | EMOÇÃO | 1 | 1 | | | | | |
| | | Atenuar delírio | "Só fica mais tranquilo quando abre a porta do quarto e verifica o mesmo. Pede-me desculpa "Eu achava que tu eras bôfia" (sic). Fica gradualmente mais tranquilo, sentando-se na sala a ver um filme." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | I | COGNICÇÃO | 2 | 9 | | | | | |
| | | | "[Após sair do WC] questionando se o pai estaria na unidade ("eu vou esperar por ele" sic). Perante a argumentação dos profissionais aceita deitar-se no leito vinculando-se a um membro da equipa para se tranquilizar." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "[Perante a sua angustia psicótica] Devolvido que ainda estava bastante zangado com o pai por este ter sido preso mas que o pai já teria cumprido a pena e que, agora o tribunal já confiava no mesmo para poder sair em liberdade." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "[Perante a sua angústia] Referido que ele tinha tido um surto psicótico, tendo ficado com as ideias/pensamentos baralhadas e que, por isso, não iria preso." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "Nesse período [de visita], o jovem dirige a agressividade verbal à enfermeira (vou-te matar!" sic), embora cedendo quando lhe foi devolvido que estava muito zangado." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "No início do turno foi realizado transferência da enfermeira responsável pelo X [nome do adolescente] durante o turno, junto do jovem. Fica inicialmente renitente, solicitando à Enfermeira que o acompanhou durante a manhã para não se ausentar. Consegue-se despedir-se." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | | "[Após a visita do pai] Necessário reforçar que o pai já tinha saído e não se encontrava na unidade." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "Durante o jantar referiu: É que tive uns homens que me fizeram mal. Isso é abuso sexual não é?". Nesse momento, foi necessário intervir para adequar." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | "Foi necessário provar o iogurte antes de ingerir o mesmo. Referia nesta altura "Está estragado" (sic)." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Confortar | Confortar criança | "(...) foi securizada." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 3 | 13 | 4 | 15 | | |
| | "Apesar de se procurar tranquilizar e promover a confiança na enfermeira [mantém delírio] (...) " [P9] | | | 9 | T | 26-09-2012 | E | COGNICÇÃO | | | | | | | |
| | "Tranquilizado (...) " [P9] | | | 9 | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | |
| "Tranquilizado (com uso de estratégia de "soprar um vela") " [P9] | 9 | | | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| "Tranquilizado com abraço. Este agradece." [P9] | 9 | | | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|----|-----|------------|---|-------------|---|---|---|---|--|--|--|
| | | "Procura dar a mão aos técnicos referindo: "fica aqui comigo porque tenho muito medo" (sic)." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[A descansar no quarto] (...) na companhia de um técnico (...)" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[Descansou no quarto] (...) na presença de um técnico. [P12] | 12 | M | 11-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | " [Na sequência de efeito secundário da medicação] (...) ficou acompanhada (...)" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | EMOÇÃO | | | | | | | |
| | | "(...) esteve acompanhada no [espaço descobertas]" [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) com técnico junto dele (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | E | REPARAÇÃO | | | | | | | |
| | | "Ficou profissional de saúde junto dele até voltar a adormecer." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "Manteve-se sempre na companhia de um técnico a seu pedido." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) conseguindo (...) adormecer com a companhia de um técnico." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "Fica acompanhada a tentar adormecer." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) na presença permanente de um técnico." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[Enquanto dormia a sesta teve a] presença permanente de um técnico." [P12] | 12 | M | 06-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "Foi para o leito onde adorceceu acompanhada pela AO." [P12] | 12 | T | 06-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[Acorda, chamando pela mãe], mas com postura contentora dos técnicos, regressa ao sono." [P12] | 12 | N | 07-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[No quarto enquanto descansava] permaneceu na companhia de um técnico a descansar." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "13h30 - Acordou. (...) Foi encaminhada novamente para o quarto, acabando por adormecer na presença de um técnico." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) adorceceu na companhia da AO." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[Consegue adormecer] (...) quando dá a mão ao técnico. [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) necessário presença permanente de um técnico [durante o sono]." [P12] | 12 | N | 10-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "(...) a necessitar da presença em permanência" [P12] | 12 | N | 11-10-2012 | E | | | | | | | | |
| | Disponibilizar serviço de cuidados de saúde | "Reforçado o apoio da equipa multidisciplinar em todo o seu processo (...)" [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 1 | 1 | | | | | |
| Elogiar | Elogiar criança | "Valorizado sobre o mesmo e a continuidade do seu projecto terapêutico de forma ponderada." [P2] | 2 | M | 17-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 4 | 6 | 4 | 6 | | | |
| | | "Incentivada a centrar-se no que se referiu [durante a actividade terapêutica] afim de as concretizar na prática do quotidiano, centrando-se na relação consigo e com o outro (Pais/Amigos)" [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | E | AUTO-ESTIMA | | | | | | | |
| | | "[Durante a actividade do mural] no entanto precisando de algum reforço positivo para desenhar; referindo várias vezes que não o sabe fazer. Acabou por aderir." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "[Durante a actividade de expressão plástica] Necessário incentivo constante para continuar a moldura. Fica aparentemente satisfeita com o resultado, tendo interesse em dar continuidade." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | E | EMOÇÃO | | | | | | | |
| | | "[Durante a actividade de gesso] Necessita de estímulo para não desistir de realizar a tarefa, de reforço positivo, apesar de gostar do resultado final." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | E | | | | | | | | |
| | | "Foi valorizada a capacidade de arranjar um estratégia." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | E | | | | | | | | |
| Escutar | Escutar criança | "Em momento individual c/ a Enf.ª, refere que a falta de concentração não lhe permite conseguir permanecer muito tempo numa actividade (ler, ver filmes, ...) a não ser com muito estímulo externo." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 5 | 7 | 5 | 7 | | | |
| | | "Em conversa com a enfermeira fala da T.S. (...)" [P6] | 6 | M | 22-09-2012 | I | | | | | | | | |
| | | "Em conversa com a enfermeira refere [que quer ter alta] (...)" [P6] | 6 | T | 27-09-2012 | I | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|-----|------------|------------|-------------------|-------------|---|---|---|----|---|
| | | "Refere que quer ser cantor. Fala da escola que frequenta: "eu vou para um curso de informática" (sic)" [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | COGNIÇÃO | | | | | | |
| | | "Cerca das 19h pede para falar com a enfermeira, verbalizando que na sequência de ficar nervoso teve perda de fezes nas cuecas." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | I | ELIMINAÇÃO | | | | | | |
| | | "Refere que vive no [X - nome da localidade] e que fumava tabaco e ganza, mas que agora, no internamento não tem vontade." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | I | ESTILOS DE VIDA | | | | | | |
| | | "Em conversa com a enfermeira (...) "[P6] | 6 | M | 23-09-2012 | I | PROCESSO FAMILIAR | | | | | | |
| Negociar | Negociar autocuidado: higiene | "(...) conforme acordado, tomou duche p/ 15h45" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | I | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | 5 | 9 | | |
| | Negociar ingestão de líquidos | "Realizado plano hidrico (...) " [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | E | NUTRIÇÃO | 1 | 1 | | | | |
| | Negociar regime medicamentoso | "(...) no entanto após negociação [da toma da terapêutica], aceita fazer." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 4 | 4 | | | | |
| | | "Após negociação cumpriu [terapêutica]." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "A necessitar de permanente negociação durante a administração de terapêutica, dado recusar." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Necessário negociar toma da terapêutica às 21h por se apresentar muito desconfiado." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | E | COGNIÇÃO | | | | | | |
| | Negociar tratamentos | "[Negociado retirar] (...) contenção física." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 3 | | | | |
| | | "Negociado retirar sonda nasogástrica (...) " [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Negociada necessidade de permanecer internado na unidade, pelo menos, até 2ª feira, altura em que iria realizar exames de diagnóstico, uma vez que ainda tinha dores musculares." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | |
| | Promover | Promover adesão ao regime terapêutico | "(...) centrado p/ ao longo do internamento reflectir sobre o seu processo de saúde e não apenas no peso." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 4 | 7 | 4 | 16 | |
| "[Em momento individual:] Devolvida a necessidade de reflectir sobre o motivo que o trouxe ao internamento." [P2] | | | 2 | T | 13-09-2012 | E | | | | | | | |
| "Foi promovido momento individual de forma a consolidar projecto terapêutico estabelecido." [P2] | | | 2 | T | 14-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | | | | | | |
| "(...) [foi acordada] para toma da medicação (...) " [P6] | | | 6 | M | 20-09-2012 | E | | | | | | | |
| "Necessário reforçar várias vezes a necessidade de se manter internado." [P9] | | | 9 | T | 30-09-2012 | E | | | | | | | |
| "Relembra a importância de integrar em vez de esquecer. Devolvido que o esquecer não faz desaparecer e não resolve o que nos preocupa. Percebe-se que utiliza este mecanismo com muita frequência, bem como uma visão clivada de si - bem/mal; lembrar/esquecer." [P6] | | | 6 | M | 23-09-2012 | E | EMOÇÃO | | | | | | |
| "(...) incentivada a reflectir sobre as consequências dos seus consumos." [P8] | | | 8 | T | 28-09-2012 | E | ESTILOS DE VIDA | | | | | | |
| Promover autocuidado: actividade recreativa | | | "Participa com alguma insistência nas actividades (...) " [P8] | 8 | M | 01-10-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | | | |
| Promover auto-estima | | "Ao longo do turno foi promovido cuidados com a sua imagem (...) " [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | E | AUTO-ESTIMA | 1 | 1 | | | | |
| Promover banho de relaxamento | | "A pedido do próprio tomou banho com supervisão e referiu grande sensação de alívio após o mesmo agradecendo o cuidado." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | SENSAÇÕES | 1 | 4 | | | | |
| | | "Promovido banho de relaxamento. Fica mais tranquilo aceitando mais facilmente o contacto." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Promovido banho relaxante, com efeito." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | E | | | | | | | |
| | | "Promovido banho de relaxamento." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | E | | | | | | | |
| Promover privacidade | | "Devolvida a necessidade de proteger a sua vida privada (...) " [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | E | ESTILOS DE VIDA | 1 | 1 | | | | |
| Promover relação dinâmica | | "Foi salientado à jovem que poderia telefonar ao namorado." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | INTERACÇÃO SOCIAL | 1 | 1 | | | | |
| Promover sono | | "Recusa urinar [antes de dormir] (tinha urinado cerca de 1h antes) (...) " [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | I | REPARAÇÃO | 1 | 1 | | | | |
| Reforçar | | Reforçar regime terapêutico | "Necessário reforçar regras que aceita acabando por esvaziar globo vesical." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 1 | 1 | | | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|---|---|----|---|------------|---|----------------------|-------|---|-----------|---|---|----|---|---|
| Informar | Explicar | Explicar dieta | "À ceia pediu uma bolacha à X e comeu, foi explicado ao jovem que só poderia comer o que vem no seu tabuleiro e para não voltar a repetir." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | E | NUTRIÇÃO | 2 | 2 | 3 | 4 | 7 | 14 | | |
| | | | "Confrontada [com a sua contestação face aos alimentos], aceita." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| | | Explicar regime terapêutico | "Esteve em momento individual com os enfermeiros onde foram esclarecidas as questões relacionada com o plano por etapas, dieta e projecto terapeutico." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | E | AUTOCUIDADO | 2 | 2 | | | | | | |
| | | | "(...) foi explicado os motivos do internamento que aparentemente aceita." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| | Informar | Informar família | "Feita Informação Familiar no sentido de apoio, gestão de expectativas e de conflitos (...) " [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 4 | 6 | | | | | 4 | 6 |
| | | | "A mãe e a tia vieram à unidade para visitar a X. Conversado com ambas sobre o estado/ quadro da X ao longo da manhã. Foram tranquilizadas (...) " [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | | | | | | | | | |
| | | | "A mãe ligou para saber informações." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | INTERACÇÃO DE PAPÉIS | | | | | | | | |
| | | | "A mãe telefonou p/ saber do jovem." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I | | | | | | | | | |
| | | | "Feita alteração terapêutica. Endocrinologista introduziu levotiroxina 25mg, PO que leva para LE. A mãe foi informada, aceitando a alteração." [P1] | 1 | M | 06-09-2012 | E | NUTRIÇÃO | | | | | | | | |
| | | | "(...) Reforçada a importância [à família] do sono para a X se conseguir organizar." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 | E | PAPEL PARENTAL | | | | | | | | |
| | Instruir | Instruir criança | "[Em contexto de zanga com outro jovem internado] Reforçadas estratégias para lidar com a zanga, nomeadamente, afastar-se, por um período, do ambiente para depois regressar mais tranquilo (...) " [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | E | ADAPTAÇÃO | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| | | | "Devolvido que este tipo de comportamentos não são permitidos na unidade e que se os mantivesse tinha de ser contido mecanicamente, de novo. Aparentemente compreende o referido e pede desculpa. A partir desse momento, mais educado no contacto, a mais facilmente aceitar a minha presença." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 | E | | | | | | | | | |
| | | | "Foi reforçado a importância das saudades e que tem a possibilidade de telefonar-lhe e tem a ajuda da equipa no seu Processo de Saúde." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | E | EMOÇÃO | | | | | | | | |
| | Orientar | Orientar para técnica de posicionamento | "22h45 - Deitou-se no leito, em semi-fowler." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | RESPIRAÇÃO | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | | | | | | | | | P - 8 | | UE - 1174 | | | | | |

Apêndice 6 – Análise Documental – Análise de Conteúdo das Intervenções de
Enfermagem Autônomas / Atividades Terapêuticas

| Análise de Conteúdo - Intervenções de Enfermagem CIPE / Actividade Terapêutica | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----|-------|------------|-----------------------|---|----|---------|----------|
| Categoria | Subcategoria | Unidade de Registo | | | | | n | UE | n total | UE total |
| Acção | Intervenção de Enfermagem CIPE | Unidade de Registo | P | Turno | Data | Implícita / Explícita | | | | |
| Executar | Executar terapia de grupo | "Promovida dinâmica do grupo no qual era solicitado aos jovens que pedissem três desejos concretizáveis a curto e médio prazo. (...) [a jovem] devolve que gostaria de "aceitar-se como é"; melhorar a relação c/ a família; e decidir o que quer." [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | E | 4 | 6 | 8 | 70 |
| | | "Participou nas actividades propostas, com interesse." [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | I | | | | |
| | | "Esteve c/ a X a elaborar o esboço de uma carta para a Administração, relativamente ao número de canais disponíveis que pretendia alargados e mais diversificados, a ser assinada p/ jovens da Unidade de Internamento." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | I | | | | |
| | | "Ajudou a arrumar o "Espaço Descoberta" com pouco agrado." [P8] | 8 | M | 29-09-2012 | I | | | | |
| | | "Na discussão sobre o processo de saúde, na actividade de grupo, a jovem reconhece a necessidade de ajuda ao confrontar-se com o internamento. Salienta os seus pensamentos obsessivos, a perda de controlo e sentir-se perdida e reconheceu a situação de risco inerente à sua saúde." [P10] | 10 | M | 30-09-2012 | I | | | | |
| | | "Em momento de reflexão de grupo, aborda as dificuldade que sente na escola, sobre os comentários dos pares no seio escolar e necessidade de se proteger/como lidar com os mesmos." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | I | | | | |
| | Executar terapia de relaxamento simples | "Efectuada sessão de relaxamento muscular manifestando (-) tensão muscular/ rigidez postural." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | E | 5 | 6 | | |
| | | "Participou posteriormente na actividade de relaxamento (...)" [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I | | | | |
| | | "Participou na actividade de relaxamento com grande agrado (...)" [P6] | 6 | M | 22-09-2012 | I | | | | |
| | | "Participou na actividade proposta [relaxamento] necessitando inicialmente de estímulo." [P4] | 4 | M | 22-09-2012 | I | | | | |
| | | "Verbaliza posteriormente [à actividade proposta] ter gostado muito do relaxamento" (sic)." [P4] | 4 | M | 22-09-2012 | I | | | | |
| | | "Participou na actividade de relaxamento com empenho e interesse." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I | | | | |
| | Executar terapia pela actividade [lúdica] | "(...) quando lhe foi proposto fazer uma actividade, aceita fazer pulseiras." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | 4 | 6 | | |
| | | "Participou na actividade de pulseiras com grande interesse." [P1] | 1 | M | 03-09-2012 | I | | | | |
| | | "Esteve a fazer" (...) bijuteria." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I | | | | |
| | | "Integrou posteriormente a actividade de grupo, realizar pulseiras em fio com aparente interesse, apresentando fâcias menos triste." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | I | | | | |
| | | "[Participou com agrado nas actividades desenvolvidas: de] (...) construção de pulseiras." [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I | | | | |
| | | "[Conseguiu] (...) participar na actividade de missangas e pulseiras. [P12] | 12 | T | 10-10-2012 | I | | | | |
| | Executar terapia pela actividade [de venda de alimentos] | "(...) auxiliou na banca das guloseimas." [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I | 2 | 2 | | |
| | | "(...) participou na organização da banca das guloseimas." [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I | | | | |
| | Executar terapia pela actividade [de cinema] | "À tarde, estive a ver um filme (sessão de cinema) com motivação." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I | 4 | 7 | | |
| | | "Assistiu após o almoço ao filme proposto." [P1] | 1 | M | 02-09-2012 | I | | | | |
| | | "Esteve a ver o filme com interesse e concentração." [P4] | 4 | M | 19-09-2012 | I | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|----|---|------------|---|---|----|
| | "Visualizou o filme com pouco interesse." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I | | |
| | "Assistiu ao filme (...) com atenção." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | I | | |
| | "Visualizou com o grupo o filme, com pouco interesse." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I | | |
| | "Visualizou filme com aparente interesse." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I | | |
| Executar terapia pela actividade [de cuidados ao corpo] | "[Participou nas actividades] (...) de beleza." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I | 4 | 4 |
| | "Na actividade de beleza apresentou-se insegura, referindo diversas vezes que "não sabia pintar as unhas"(sic) enquanto estava a pintar as unhas da jovem X. Não aceita ajuda da Y para pintar as suas unhas, acabando por não o fazer (por a enfermeira que desejava não o poder fazer - altura da reunião multidisciplinar)." [P1] | 1 | M | 06-09-2012 | I | | |
| | "Participou na actividade de beleza c/ algum incentivo dos pares ficando aparentemente satisfeita c/ a mudança de visual." [P8] | 8 | M | 27-09-2012 | I | | |
| | "Participou com grande agrado na actividade de beleza. Bastante cuidada na sua imagem. Promovendo também os cuidados às outras jovens." [P10] | 10 | M | 02-10-2012 | I | | |
| Executar terapia pela actividade [de culinária] | "Participou com agrado na actividade da culinária." [P1] | 1 | M | 04-09-2012 | I | 3 | 3 |
| | "Muito empenhado na actividade de culinária, mostrando motivação/dedicação." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | I | | |
| | "Na actividade de culinária ficou com fúria e tensa pediu para ir ao exterior." [P6] | 6 | M | 25-09-2012 | I | | |
| Executar terapia pela actividade [de escrita] | "Participou com agrado na elaboração do "Jornal da Pedra". [P1] | 1 | M | 31-08-2012 | I | 5 | 6 |
| | "Foi-lhe proposto participar na actividade de um mural tendo aderido bem (...)" [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | E | | |
| | "Participou nas actividades do hino (...)" [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | I | | |
| | "Esteve por um período a escrever nas suas folhas, referindo que é uma espécie de Diário." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | I | | |
| | "(...) participou na actividade do Pedra Jornal escrevendo uma notícia sobre Rap criolo." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | I | | |
| | "Integrou a actividade " Jornal da Pedra" após grande estímulo, apresentando-se pouco interessada." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | I | | |
| Executar terapia pela actividade [de passeio] | "Foi passear ao exterior na companhia das jovens e enfermeiros." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | I | 1 | 1 |
| Executar terapia pela actividade [de reunião comunitária] | "Participou na reunião comunitária sem intervir (...)" [P1] | 1 | M | 05-09-2012 | I | 5 | 5 |
| | "Participou na actividade - reunião comunitária; assumindo uma postura essencialmente observadora." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | I | | |
| | "Esteve presente na reunião comunitária (...)" [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I | | |
| | "Esteve presente na reunião comunitária mas sem participar." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | I | | |
| | "Esteve presente na reunião comunitária [acabando por adormecer]" [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | |
| Executar terapia pela actividade de [expressão plástica] | "Participou c/ empenho na actividade de gesso realizando um coração p/ mãe." [P2] | 2 | M | 14-09-2012 | I | 6 | 16 |
| | "Muito focado em terminar o coração em gesso para oferecer à mãe." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I | | |
| | "Participou com empenho nas actividades propostas, tendo procurado fazer uma máscara em gesso." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | I | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----|-----|------------|----------------|---|---|----|
| | "Esteve a organizar origami (...)" [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| | "Esteve a realizar origami (...) com interesse." [P4] | 4 | M | 21-09-2012 | I | | | |
| | "Esteve a realizar actividade de gesso após bastante incentivo. Pretendeu, inicialmente, realizar cinzeiro para oferecer ao namorado. Descentralizada dessa ideia, tendo dificuldade em pensar sobre outra ideia. Acaba por realizar moldura, tendo dificuldade no planeamento da actividade. Baixa tolerância à frustração, desistindo da tarefa." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | "Proposta actividade em gesso, que aderiu. Realizou um L" em gesso, para oferecer à irmã L*, de forma autónoma." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | I | | | |
| | "Realizou actividade em gesso - moldura para oferecer a namorado." [P6] | 6 | M/T | 24-09-2012 | I | | | |
| | "Realizou actividade em gesso - coração e uma placa, usando cores claras." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | I | | | |
| | "Participou na actividade de gesso com empenho (...)" [P6] | 6 | M | 26-09-2012 | I | | | |
| | "Deu continuidade à sua actividade em gesso. Fez o simbolo da Paz em gesso." [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | I | | | |
| | "Recusou participar na conclusão da actividade proposta - Pintura em gesso." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | I | | | |
| | "Participou com agrado nas actividades desenvolvidas: gesso (modelagem) (...)" [P8] | 8 | M | 30-09-2012 | I | | | |
| | "Após o repouso esteve a pintar com o grupo, interagindo com o mesmo de forma espontanea e de forma adequada." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | I | | | |
| | "Participou na actividade proposta - pintura de painel com aparente agrado. Próxima do grupo e aparentemente interessada na actividade." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | I | | | |
| | "(...) participado na actividade Desenho com tinta com os dedos", após estímulo. Escreveu o seu nome e desenhou um arco, relva e um balão." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | I | | | |
| Executar terapia pelo jogo | "Aderiu às actividades propostas, tendo jogado "Bingo" com aparente interesse." [P1] | 1 | M | 01-09-2012 | I | 3 | 8 | |
| | "Esteve um período na dinâmica de grupo a jogar às cartas." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | I | | | |
| | "Participou nos jogos de grupo de tabuleiro. Revela grande competitividade ao longo do mesmo querendo destacar-se." [P2] | 2 | M | 16-09-2012 | I | | | |
| | "A participar nos jogos propostos, com dificuldade em perceber as regras." [P4] | 4 | T | 17-09-2012 | I | | | |
| | "Participou na actividade de realização do jogo em grupo, esteve por um período no Espaço Descoberta" com o grupo." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | I | | | |
| | "Participou na actividade Party and Co" a necessitar de reforço positivo durante a actividade, apresentando grandes dificuldades na leitura e compreensão das questões do jogo." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | I | | | |
| | "Participou com agrado nos vários jogos realizados com o grupo mas com pouca valorização pessoal." [P4] | 4 | T | 22-09-2012 | I | | | |
| | "Participou nos jogos em grupo com aparente interesse." [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | I | | | |
| | | | | | I - 69 / E - 3 | | 8 | 72 |

Análise de Conteúdo - Intervenções de Enfermagem Interdependentes

| Categoria | Unidade de Registo | | | | n | UE | n total | UE total |
|------------------------------|---|---|-------|------------|---|----|---------|----------|
| | Unidade de Registo | P | Turno | Data | | | | |
| Administração de terapêutica | "23H45 - fez lorazepam 1mg 2º prescrição." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | 7 | 62 | 8 | 78 |
| | "Administrado lorazepam 1mg segundo prescrição." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | | | | |
| | "Por insónia inicial faz terapêutica SOS prescrita com efeito." [P2] | 2 | N | 15-09-2012 | | | | |
| | "Solicitou terapêutica SOS. Administrado lorazepam 1mg PO (...)" [P2] | 2 | T | 16-09-2012 | | | | |
| | "Por volta das 18h, fez paracetamol 1gr por referir cefaleias, tendo revertido." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | | | | |
| | "17h por cefaleias (7) fez PARACETAMOL (...)" [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "22h30 - Administrado Salbutamol em SOS, com efeito." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | | | | |
| | "Colocado emla na região do sangradouro e punho dtos." [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | | | | |
| | "Fez Tiapride 100mg p. os prescrito." [P6] | 6 | T | 19-09-2012 | | | | |
| | "Fez biperideno 2mg P.O." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "[13h00 -] Administrado 2mg de biperideno, SOS." [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | | | | |
| | "13h20 - Administrado 2mg de biperideno, I.M. em SOS (...)" [P6] | 6 | M | 21-09-2012 | | | | |
| | "7h - Colocado EMLA creme." [P6] | 6 | N | 21-09-2012 | | | | |

| | | | |
|--|---|---|------------|
| "23h30 fez Lorazepam 2,5mg por salientar que não está a conseguir adormecer e pede medicação." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 |
| "Administrado lorazepam 2,5 mg PO que surtiu efeito." [P6] | 6 | N | 23-09-2012 |
| "Às 4h00, fez lorazepam 2,5mg, por manter alguma inquietação e não conseguir repousar." [P6] | 6 | N | 24-09-2012 |
| "Colocado EMLA® (...)" [P6] | 6 | N | 25-09-2012 |
| "Colocado EMLA." [P8] | 8 | N | 27-09-2012 |
| "12h - Administrado cloropromazina 25mg e Diazepam 5mg em SOS." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 |
| "Administado cloropromazina 25mg em SOS antes da visita da mãe." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 |
| "Cumpru medicação (lorazepam 2,5mg + 1/4 cp)." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 |
| "18h - Antecipada terapêutica do jantar (lorazepam 2,5mg + Haloperidol 2,5mg) (...) (sic)." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 |
| "[por maior desorganização e agressividade no discurso] (...) antecipada terapêutica das 21h que cumpriu." [P9] | 9 | T | 26-09-2012 |
| "Volta a fazer S.O.S. por volta das 15 horas por agressividade no discurso, dificuldade em esperar (...) (sic)." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 |
| "Fez S.O.S. às 11:00 Diazepam 10mg com pouco efeito tendo sido administrado cloropromazina 25mg que surtiu efeito. Ficou mais calmo e menos reactivo." [P9]. | 9 | M | 27-09-2012 |
| "[Volta a fazer S.O.S. por volta das 15 horas por] (...) ideias paranóides (sic)." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 |
| "Colocado EMLA." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 |
| "7h - Acaba por aceitar cumprir terapêutica em SOS (cloropromazina 25mg) + lorazepam 2,5mg (do pequeno-almoço)." [P9] | 9 | N | 27-09-2012 |
| "[Em contexto de maior agitação psicomotora] Antecipada terapêutica das 19h (Diazepam 10mg + Haloperidol 2,5mg)." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 |

| | | | | | | | |
|--|---|-----|------------|---|----|---|----|
| "16h50 - Administrado lorazepam 2,5mg em S.O.S." [P9] | 9 | T | 27-09-2012 | 7 | 62 | 8 | 78 |
| "Não foi administrado clorop das 11h." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | | | | |
| "Antecipada cloropromazina 25 mg das 16 horas que surtiu efeito." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | | | | |
| "Antecipada medicação do P.A e administrada cloropromazina em S.O.S. que surtiu efeito." [P9] | 9 | M | 28-09-2012 | | | | |
| "Relativamente à terapêutica, foi antecipada a da hora do jantar (18h00) e da ceia (20h00)." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | | | | |
| "[22h:] (...) fez nesta altura levomepromazina 25mg P.O. em SOS." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | | | |
| "Fez às 9h p/ antecipação Cloropromazina 25mg o mesmo acontecendo às 15h." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | | | |
| "Administrado lorazepam 2,5 mg (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | | | | |
| "(...) antecipada medicação do P. Almoço, (...)" [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | | | | |
| "Antecipada terapêutica das 11h00 (às 9h00) e das 16h00 (às 15h00)." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | | | | |
| "[À 1h30] Fez cloropromazinha 25mg sem efeito." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | | | | |
| "Cerca das 2h00 mantendo quadro já descrito, mas com menos heteroagressividade, administrado lorazepam 2,5mg com efeito." [P9] | 9 | N | 30-09-2012 | | | | |
| "Agitação psicomotora fez cloropromazina 25mg em SOS." [P9] | 9 | T | 01-10-2012 | | | | |
| "(...) aceitou tomar lorazepam 2,5mg pelas 2h45 e voltou a adormecer." [P9] | 9 | N | 02-10-2012 | | | | |
| "[22h30, na sequência de discurso delirante]: Administrada cloropromazina 25mg em SOS." [P9] | 9 | T | 02-10-2012 | | | | |
| "[Na sequência de insónia intermédia] Administrado lorazepam 2,5mg, que não surtiu efeito." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | | | | |

| | | | |
|---|----|---|------------|
| "(...) Administrado cloropromazina 25mg, sem efeito." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 |
| "[Às 4h30] realizado, 25mg de Levomepromazina PO." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 |
| "[Às 5h30 administrado] 25mg de Levomepromazina P.O. com efeito gradual." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 |
| "(...) colocados EMLA's na região do sangradouro." [P10] | 10 | N | 04-10-2012 |
| "Administrada olanzapina 5mg em SOS" [P12] | 12 | T | 04-10-2012 |
| "[22h - Administrada levomepromazina 25 mg em SOS." [P12] | 12 | T | 04-10-2012 |
| "Necessária a administração de medicação em SOS - levomepromazina 25mg por volta das 12h00, sensivelmente, com algum efeito, ficou mais sonolenta." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 |
| "Fez 1,5mg de lorazepam em SOS por indicação da Dr. X." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 |
| "Fez 1mg de lorazepam cerca das 21h por indicação oral da Dr.ª X." [P12] | 12 | T | 05-10-2012 |
| "10h30 - Administrada olanzapina 5mg em SOS que não surtiu efeito." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 |
| "Por manter grande angústia, discurso desorganizado com franca actividade delirante (...) administrado haloperidol 5mg em SOS após contacto com o Dr. X." [P12] | 12 | M | 07-10-2012 |
| "Por (...) alterações da percepção [administrado haloperidol 5mg em SOS após contacto com o Dr. X.]" [P12] | 12 | M | 07-10-2012 |
| "10h30 - Administrada cloropromazina 25mg prescrita para o Pequeno-Almoço (fez acerto)." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 |
| "Administrada cloropromazina 50mg das 14h." [P12] | 12 | M | 08-10-2012 |
| "Administrado Lorazepam 2,5mg por não conseguir adormecer, surtiu efeito." [P12] | 12 | N | 10-10-2012 |
| "Aplicado Nix por pedículos." [P12] | 12 | M | 11-10-2012 |

| | | | | | | | | |
|---|---|----|---|------------|---|----|---|----|
| | "(...) colocação de EMLA® em ambos os m. superiores (...)" [P12]□ | 12 | N | 11-10-2012 | | | | |
| Registo de Sinais Vitais | "TA= 99/58 FC=55 (23H40)." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | 2 | 3 | 8 | 78 |
| | "TA = 90/50 FC=67." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | | | | |
| | "Avaliados parâmetros vitais: TA: 137/91 mmHg P: 87 bpm ." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | | | | |
| Procedimentos auxiliares de diagnóstico | "Colheu sangue para análise." [P1] | 1 | N | 31-08-2012 | 8 | 13 | | |
| | "Colheu sangue para análise." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | | | | |
| | "Foi feita colheita sangue para avaliação analítica." [P4] | 4 | N | 18-09-2012 | | | | |
| | "Colheu sangue para análise." [P4] | 4 | N | 19-09-2012 | | | | |
| | "Feita colheita para hemograma + bioquímica (...)" [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | | | | |
| | "8h - Colheu sangue para análises." [P6] | 6 | N | 21-09-2012 | | | | |
| | "(...) colhido posteriormente sangue p/ análises." [P6] | 6 | N | 25-09-2012 | | | | |
| | "Fez colheita de sangue p/ análise." [P8] | 8 | N | 27-09-2012 | | | | |
| | "Fez colheita de sangue para hemograma." [P9] | 9 | M | 27-09-2012 | | | | |
| | "Fez colheita de sangue para análise." [P9] | 9 | M | 01-10-2012 | | | | |
| | "Feita tentativa de se colher sangue (...)" [P10] | 10 | N | 04-10-2012 | | | | |
| | "Feita colheita de exsudado faríngeo para análise (...)" [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----|---|------------|--|--|--|--|
| | "Foi feita colheita de sangue (...) e urina" [P12] | 12 | N | 11-10-2012 | | | | |
|--|--|----|---|------------|--|--|--|--|

Análise de Conteúdo - Intervenções de Enfermagem de cariz organizacional

| Categoria | Unidade de Registo | | | | n | UE | n total | UE total |
|---|---|---|-------|------------|---|----|---------|----------|
| | Unidade de Registo | P | Turno | Data | | | | |
| Observação clínica por outros profissionais | "Foi reavaliado pela Pediatria Médica, Dr. X, ficando com análises pedidas para Amanhã (13/09/2012)." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | 3 | 3 | 7 | 25 |
| | "A Dr. X pediu colaboração da pneumologia para observação do jovem." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | | | | |
| | "A Drª X [Pediatra] tomou conhecimento telefónico e efectuou avaliação do jovem p/ 16h30 na Unidade c/ indicação de manter vigilância desta sintomatologia e dos parâmetros vitais." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | | | |
| Notas para a equipa | "Amanhã será instituído o plano por etapas, após a pesagem." [P2] | 2 | M | 12-09-2012 | 7 | 16 | | |
| | "23H - foi contactado o Dr. X que estava na urgência." [P2] | 2 | N | 12-09-2012 | | | | |
| | "Nota: Fica no processo acordo de promoção e protecção" relatório relativo a X [P4] e a Y [irmã de P4]." [P4] | 4 | M | 18-09-2012 | | | | |
| | "Refere úlcera na cavidade bucal. Contactar médico." [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | | | | |
| | "Esteve a conversar com a Drª. X e assinou Consentimento esclarecido."[P6] | 6 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "17h - Mãe esteve em entrevista com a Dr. X." [P6] | 6 | T | 21-09-2012 | | | | |
| | "Esteve em entrevista com a médica assistente." [P8] | 8 | M | 26-09-2012 | | | | |
| | "Fica a aguardar realização de ECG." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | | | | |
| | "Realizou Rx dos joelhos." [P4] | 4 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "Fez Rx à mão para idade óssea." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--|----|---|------------|---|---|--|--|
| | "(...) informada dietista que personalizou a mesma [dieta]" [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | | | | |
| | "Contactada [médica] (...) no sentido de efectuar prescrição de lactulose carteira, dado não evacuar há 1 semana." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | | | | |
| | "[Tem pedida](...) colheita de sangue e urina e colheita de exsudado faringeo. [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | | | | |
| | "Tem TAC CE pedida (...)" [P12] | 12 | T | 04-10-2012 | | | | |
| | "Fica a faltar colheita de urina tipo II." [P12] | 12 | M | 05-10-2012 | | | | |
| | "(...) dado conhecimento ao médico de urgência (Dr. X)" [P12] | 12 | T | 07-10-2012 | | | | |
| Notas sobre a criança | "Não recebeu visitas." [P4] | 4 | T | 17-09-2012 | 5 | 6 | | |
| | "Está menstruada." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | | | | |
| | "Realizou avaliação psicológica com a Dr.ª X." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | | | | |
| | "Contactados os pais para saber informações relativas ao plano dietético (...)" [P10] | 10 | M | 29-09-2012 | | | | |
| | "[O pai] Trouxe o plano dietético que foi entregue à dietista (...) que personalizou a dieta" " [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | | | | |
| | "Está menstruada." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | | | | |

Análise de Conteúdo - Outros Dados das Intervenções de Enfermagem

| Categoria | Unidade de Registo | | | | n | UE | n total | UE total |
|----------------------|--|---|-------|------------|---|----|---------|----------|
| | Unidade de Registo | P | Turno | Data | | | | |
| Admissão | "Feito acolhimento (...)." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | 4 | 9 | 8 | 81 |
| | "(...) explicação de normas do serviço." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | | | | |
| | "Segundo a colega do 1.4., não tem visitas, nem chamadas." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | | | | |
| | "Foi apresentada unidade que os familiares ainda não conheciam." [P4] | 4 | M | 20-09-2012 | | | | |
| | "(...) deu entrada na unidade acompanhada pela técnica A*. (...)." [P4] | 4 | M | 25-09-2012 | | | | |
| | "Conheceu a unidade. Com alguma resistência, aceita não pode fumar e ter o telemóvel." [P4] | 4 | M | 25-09-2012 | | | | |
| | "Informada que não poderia receber a sua visita [do namorado]." [P6] | 6 | M | 20-09-2012 | | | | |
| | "Apresentada unidade e restantes jovens e técnicos ao X [nome do adolescente]." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | | | | |
| | "O X [nome do adolescente] veio transferido da unidade de adolescentes cerca das 11h40, acompanhada por enfermeira, 2 auxiliares e médica." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | | | | |
| Dados desnecessários | "Fica deitada." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | 8 | 41 | | |
| | "Fica a descansar." [P1] | 1 | T | 31-08-2012 | | | | |
| | "(...) foi para o leito." [P1] | 1 | T | 01-09-2012 | | | | |
| | "Fica no leito." [P1] | 1 | T | 02-09-2012 | | | | |
| | "Fica no leito." [P1] | 1 | T | 03-09-2012 | | | | |
| | "Fica a descansar." [P1] | 1 | T | 04-09-2012 | | | | |
| | "Fica a dormir." [P1] | 1 | T | 05-09-2012 | | | | |
| | "Após a ceia foi dormir." [P2] | 2 | T | 11-09-2012 | | | | |
| | "Foi para o leito." [P2] | 2 | T | 12-09-2012 | | | | |
| | "Fica no leito." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | | | | |
| | "Após a ceia foi para o quarto (...)." [P2] | 2 | T | 15-09-2012 | | | | |
| | "Fica deitado a descansar." [P2] | 2 | N | 16-09-2012 | | | | |
| | "Sem outros aspectos relevantes." [P2] | 2 | M | 18-09-2012 | | | | |
| | "[22h -] Fica a dormir." [P4] | 4 | T | 18-09-2012 | | | | |
| | "Fica deitado." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | | | | |
| | "Fica a lanchar." [P4] | 4 | M | 23-09-2012 | | | | |
| | "(...) deitou-se no leito." [P4] | 4 | T | 23-09-2012 | | | | |
| | "(...) [após colheita de sangue] aguardam-se resultados." [P4] | 4 | N | 24-09-2012 | | | | |
| | "A Drª. X Prescreveu terapêutica." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "Fica deitada." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | | | | |
| | "(...) fica deitada." [P6] | 6 | T | 25-09-2012 | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|----|-----|------------|---|---|
| | "Fica deitada." [P8] | 8 | T | 27-09-2012 | | |
| | "Fica a lanchar." [P8] | 8 | M | 28-09-2012 | | |
| | "Fica no leito." [P8] | 8 | T | 28-09-2012 | | |
| | "Fica a dormir." [P8] | 8 | T | 29-09-2012 | | |
| | "Fica no leito." [P8] | 8 | T | 30-09-2012 | | |
| | "(...) posteriormente foi-se deitar." [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | | |
| | "Fica a lanchar." [P9] | 9 | M | 26-09-2012 | | |
| | "8h00 - Continua deitado no leito." [P9] | 9 | N | 28-09-2012 | | |
| | "Sem ser administrado terapêutica SOS." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | | |
| | "Fica no espaço descobertas." [P9] | 9 | M | 30-09-2012 | | |
| | "Fica no leito." [P9] | 9 | N | 03-10-2012 | | |
| | "(...) deitou-se tranquilamente." [P10] | 10 | T | 28-09-2012 | | |
| | "(...) encontrava-se a lanchar." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | | |
| | " Foi para o leito." [P10] | 10 | T | 29-09-2012 | | |
| | "Fica deitada." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | | |
| | "Fica a deitada." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | | |
| | "(...) sem episódios de lipotímia." [P10] | 10 | M | 05-10-2012 | | |
| | "Foi para o leito (...)." [P12] | 12 | T | 08-10-2012 | | |
| | "16h - Fica a lanchar." [P12] | 12 | M | 09-10-2012 | | |
| | "16h - Fica a lanchar." [P12] | 12 | M | 10-10-2012 | | |
| Inferência a partir dos dados documentados | "Manteve peso na avaliação ponderal (...)." [P1] | 1 | N | 03-09-2012 | 4 | 9 |
| | "Foi feita avaliação ponderal, tendo apresentado um aumento 300 gr, no momento apresenta 37,200 kg." [P1] | 1 | N | 06-09-2012 | | |
| | "Foi pesado." [P2] | 2 | N | 13-09-2012 | | |
| | "Foi pesado." [P2] | 2 | N | 17-09-2012 | | |
| | "(...) o quadro reverte rapidamente, após avaliação de Ta (...) que se apresentam sem alterações " [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | |
| | "[avaliação de] FC [que se apresentam sem alterações]" [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | |
| | "[Avaliados parâmetros vitais que se encontravam]: (...) estáveis." [P9] | 9 | N | 29-09-2012 | | |
| | "Foi pesada." [P10] | 10 | N | 01-10-2012 | | |
| | "Foi pesada (...)" [P10] | 10 | N | 04-10-2012 | | |
| Omissão da intervenção | "Feita Intervenção e a jovem reverteu o comportamento." [P6] | 6 | T | 20-09-2012 | 2 | 4 |
| | "Fornecidas estratégias promotoras do sono." [P6] | 6 | N | 22-09-2012 | | |
| | "Foi feita intervenção no sentido de aguentar-se no leito; [P6] | 6 | N | 24-09-2012 | | |
| | "(...) ficando tranquilo após intervenção de Enf.ª." [P9] | 9 | T | 28-09-2012 | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|----|-----|------------|---|----|
| Registo duplicado com o anterior | "(...) apresentou, ao longo do turno, fâcies tranquilo, humor aparentemente eufímico, pouco comunicativa." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | 1 | 6 |
| | "(...) foi para o leito." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | | |
| | "Ceou (...)" [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | | |
| | "Cumpru dieta às refeições." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | | |
| | "Foi passear ao exterior com técnicos e grupo, a interagir adequadamente, comunicativa, com sentido de humor." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | | |
| | "Recebeu a visita dos pais." [P1] | 1 | T | 30-08-2012 | | |
| Registo paradoxal | "Fica a dormir." [P4] | 4 | T | 19-09-2012 | 1 | 1 |
| Repetição da informação em registo | "Alimentou-se do lanche." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | 6 | 11 |
| | "Ceou na totalidade." [P2] | 2 | T | 13-09-2012 | | |
| | "Ceou." [P4] | 4 | T | 21-09-2012 | | |
| | "21h00 - Ceou." [P6] | 6 | T | 23-09-2012 | | |
| | "Ceou." [P8] | 8 | T | 25-09-2012 | | |
| | "Ceou (...)" [P8] | 8 | T | 01-10-2012 | | |
| | "(...) cumpriu terapêutica." [P9] | 9 | M/T | 29-09-2012 | | |
| | "Ceou." [P10] | 10 | T | 30-09-2012 | | |
| | "Ceou." [P10] | 10 | T | 02-10-2012 | | |
| | "Ceou." [P10] | 10 | T | 03-10-2012 | | |
| | "Cumpru a totalidade da dieta às refeições." [P10] | 10 | T | 04-10-2012 | | |

ANEXOS



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

ETIQUETA

PLANO TERAPÊUTICO

| ETAPAS | DATA | | PESOS | | | | | | | | | |
|--|------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| Alta Clínica | | kg | | | | | | | | | | |
| Licença de ensaio* | | kg | | | | | | | | | | |
| Almoço Terapêutico | | kg | | | | | | | | | | |
| Actividade física com esforço | | kg | | | | | | | | | | |
| Passeio ao exterior no recinto hospitalar* | | kg | | | | | | | | | | |
| Receber visitas | | kg | | | | | | | | | | |
| Fazer a cama | | kg | | | | | | | | | | |
| Participa na actividade de culinária** | | kg | | | | | | | | | | |
| Recebe chamadas | | kg | | | | | | | | | | |
| Faz chamadas | | kg | | | | | | | | | | |
| PESO INICIAL | | kg | | | | | | | | | | |

* Família assina termo de responsabilidade.

** Sempre, desde que me comprometa a participar na Banca das Guloseimas e a ingerir os alimentos realizados na mesma.

Até à meta "Actividade física com esforço" as principais refeições têm duração de 60', e 15' as pequenas refeições;

O n.º de repousos é segundo indicação médica.

